

editora



redeunida

Série Saúde & Amazônia, 31

PLANEJAMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

FUNDAMENTOS E CAMINHOS

ORGANIZADORES:

Rodrigo Tobias
Fernando Antônio Gomes Leles
Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Série Saúde & Amazônia, **31**

ORGANIZADORES:

Rodrigo Tobias
Fernando Antônio Gomes Leles
Mayra Costa Rosa Farias de Lima

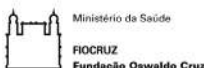
PLANEJAMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

FUNDAMENTOS E CAMINHOS

1º Edição
Porto Alegre, 2024
Rede UNIDA



REALIZAÇÃO:



APOIO FINANCEIRO



AMAZONAS
GOVERNO DO ESTADO



FAPEAM
Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de Amazonas

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados:

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Queleen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.

Conselho Editorial:

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Háider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Queleen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Verá Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).



Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Projeto Gráfico Capa e Miolo
Editora Rede UNIDA
Diagramação
Agência Beast Br

Arte da Capa
Junio Pontes
Fotos
Rodrigo Tobias

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

G393 Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia,

Organizadores: Rodrigo Tobias, Fernando Gomes Leles, Mayra Costa Rosa Farias de Lima.

1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2024.
ISBN: 978-65-5462-140-3

320 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.31), E-book: PDF.
DOI: 10.18310/9786554621397

I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 541
CDU 614.2

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Política de Saúde. **2.** Amazônia. **3.** Atenção à Saúde. **4.** Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza - Bibliotecária - CRB 10/2738

Copyright © 2024

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, n° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (051) 3391-1252
www.redeunida.org.br

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFRGS) e **Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

Esta publicação foi realizada a partir de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM) e desenvolvido pelo Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, com a colaboração de alunos, pesquisadores, trabalhadores e gestores de diferentes instituições e municípios do Estado do Amazonas. Os manuscritos foram avaliados pela equipe organizador do livro.

E-mail: lahpsa.ilmld@fiocruz.br

PLANEJAMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA FUNDAMENTOS E CAMINHOS

1ª Edição
Porto Alegre/RS 2024
Rede UNIDA



ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Edital EDITAL N.º 011/2021 - Programa Ciência na Gestão Pública - PFCGP/FAPEAM e Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/Fiocruz Amazônia

REVISORES:

Aline Aparecida Ferreira Artini (SEMSA Manaus, Fiocruz Amazônia), Ângela Xavier Monteiro (Universidade do Estado do Amazonas), Ardigó Martino (Universidade de Bologna), Camila Gonçalves de Mario (Universidade Cândido Mendes), Dais Gonçalves Rocha (Universidade de Brasília), Daniele Reis de Araujo Magalhães (Secretaria de Estado de Saúde Amazonas), Erick Alvarenga (Universidade Federal do Pará), Fernanda Sindeaux Camelo (FVS AM, Fiocruz Amazônia), Fernando Gomes Leles (Organização Pan Americana de Saúde), Giane Zupellari dos Santos Melo (Universidade do Estado do Amazonas), Isabela Cristina de Miranda Gonçalves (Universidade do Estado do Amazonas), Ivamar Dias

(Escola de Saúde Pública SEMSA Manaus), Juliana Gagno (Universidade Federal do Oeste do Pará), Júlio Cesar Schweickardt (Fiocruz Amazônia), Lupuna Souza (Fiocruz Amazônia), Mayra Costa Rosa Farias de Lima (Fiocruz Amazônia), Nicolas Esteban Heufemann (Universidade do Estado do Amazonas), Paulo de Tarso de Oliveira (Universidade Federal do Pará), Ricardo Elias Duarte Rabello (Secretaria de Estado de Saúde Amazonas), Rodrigo Tobias (Fiocruz Amazônia), Sâmia Feitosa Miguez (Universidade do Estado do Amazonas), Zilmar Augusto de Souza Filho (Universidade Federal do Amazonas).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

TOBIAS, Rodrigo; LELES, Fernando Gomes; LIMA, Mayra Costa Rosa Farias (org.). Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia. 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2024. 320 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.31), E-book: PDF. ISBN: 978-65-5462-140-3 I. DOI: 10.18310/9786554621397.



Foto: Rodrigo Tobias

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia	10
<i>Fabiana da Cunha Saddi</i>	

Notas de uma obra comprometida por um SUS Amazônico	13
<i>Rodrigo Tobias, Fernando Antônio Gomes Leles, Mayra Costa Rosa Farias de Lima</i>	

EIXO I: FUNDAMENTOS DE POLÍTICAS E PLANEJAMENTO DE SAÚDE NA AMAZÔNIA	23
---	-----------

CAPÍTULO 1:	
Determinantes sociais, políticas públicas e território na saúde pública do século XXI: uma abordagem aplicada a região Amazônica Brasileira	24
<i>Patrícia Tavares Ribeiro, Alexandre San Pedro Siqueira, Paulo Henrique Barbosa de Andrade, Isabel Maria Vilas Boas Senra, Rodrigo Tobias, Pedro Gilberto Alves de Lima, Muriel Saragoussi</i>	

CAPÍTULO 2:	
A Experiência da Planificação da Atenção à Saúde no cenário da Amazônia Legal: avanços e desafios	50
<i>Emanuela Brasileiro de Medeiros; Valmir Vanderlei Gomes Filho; Guilherme Barbosa Shimocomaqui; Rebecca Cabral de Figueirêdo Gomes Pereira; Francisco Timbó de Paiva Neto; Ana Claudia Pereira da Paz; Marcio Paresque; Ilana Eshriqui</i>	

CAPÍTULO 3:	
Planificação da atenção à saúde no território líquido: reorientando a APS e consolidando o SUS no Amazonas	75
<i>Sonaira Serrão Castro Ribeiro, Leidiane Santarém Valente, Aldecy de Almeida Bezerra da Silva, Juciara de Oliveira Sampaio, Guilherme Barbosa Shimocomaqui, Rodrigo Tobias</i>	

CAPÍTULO 4:	
A equidade no SUS por meio da regionalização: o que diz a literatura científica?	91
<i>Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Lenina Jordana Bastos de Macedo, Maria Gabriela Vaz de Oliveira, Camila Soares Teixeira, Rodrigo Tobias</i>	

CAPÍTULO 5:	
Informação em saúde, letramento informacional e literacia para a saúde na pandemia de COVID-19: a saúde indígena em tempos de pandemia na Amazônia Legal	105
<i>Emmanuel Bohrer Júnior, Lizandra Brasil Estabel</i>	

CAPÍTULO 6:	
Monitoramento e controle das doenças filariais na região Amazônica Brasileira	121
<i>Cleudecir Siqueira Portela, Uziel Ferreira Suwa, João Carlos Silva de Oliveira, Carla Letícia Gomes Simão, James Lee Crainey</i>	



EIXO II: CAMINHOS DA GESTÃO E DAS POLÍTICAS PROMISSORAS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA	145
CAPÍTULO 7: Abordagens para o controle do câncer de mama: caminhos da SEMSA Manaus na construção das estratégias de saúde da mulher	146
<i>Lúcia Marques de Freitas, Ivamar Moreira da Silva, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Francisca Sonja Ale Girão Farias, Gerda Coêlho da Costa, Nádia Socorro Nogueira Pimentel</i>	
CAPÍTULO 8: Práticas de cuidado dos profissionais de saúde na assistência domiciliar terapêutica em HIV/AIDS em Belém	173
<i>Érica Catarine Ataíde Maia, Leandro Passarinho Reis Junior, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Ana Cleide Moreira Guedes</i>	
CAPÍTULO 9: Análise do contexto de implantação das mudanças do modelo de financiamento da Atenção Básica em uma região de saúde paraense	201
<i>Pedro de Lemos MacDowell, Fabiana Ribeiro Santana</i>	
CAPÍTULO 10: Disputas, fragmentos e contradições: excertos narrativos acerca da Rede de Atenção Psicossocial no Amazonas	238
<i>Lucas Guimarães dos Santos, Enio de Souza Tavares, Breno de Oliveira Ferreira</i>	
CAPÍTULO 11: Implementação de um processo de cuidado ao idoso: desafios na ótica dos profissionais de saúde de Manaus	263
<i>Lucas Lorrán Costa de Andrade, Thaís Martins de Almeida Souza, Euler Esteves Ribeiro Maíra Mendes dos Santos, Elorides de Brito, Elisa Brosina de Leon</i>	
CAPÍTULO 12: Operacionalização da rede de cuidados à pessoa com deficiência no Amazonas: o olhar do grupo condutor estadual	278
<i>Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos, Hadassah dos Reis Maia, Victor da Silva Aquino, Kátia Sueli Queiroz da Silva Ribeiro, Jorge Henrique Santos Saldanha, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça, Tiótréfis Gomes Fernandes</i>	
SOBRE AUTORAS E AUTORES	304

OR B A L E R A

PREFÁCIO

Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia

Este livro abre uma janela de oportunidade para aqueles que buscam informações e evidências sobre como enfrentar desafios urgentes relacionados a política e planejamento da saúde na Região Amazônica. A reflexão sobre esses pilares que tem impactos diretos na gestão da saúde consiste tarefa primordial para a geração, monitoramento e aprimoramento de soluções efetivas para os problemas de saúde na Amazônia. O desafio agiganta-se devido a características peculiares da Região Amazônica, as quais influenciam diretamente a formulação e implementação das políticas, planejamento e gestão da saúde.

Trata-se de região continental com uma área de aproximadamente 6,7 milhões de km², com a população estimada em 29,5 milhões de habitantes em 2022, vivendo em áreas urbanas e rurais. A saúde na Amazônia torna-se complexa em meio a elementos singulares definidores da Região. Dentre as características geográficas ímpares, encontram-se a imensidão e a diversidade espacial, a variedade de povos e problemáticas de acesso a serviços voltados para comunidades mais remotas, bem como a heterogeneidade das populações atendidas. No quesito saúde pública, em particular, ressaltam-se as questões epidemiológicas e socioeconômicas politicamente significativas e diversas, como a alta incidência de doenças tropicais, a desigualdade social e a problemáticas de infraestrutura adequada à complexidade regional. Doenças tropicais como malária, dengue e febre amarela, possuem um elevado grau de incidência, requerendo a adoção de políticas de prevenção, controle e tratamento. Desafios concernentes a serviços de água potável e saneamento básico, bem como o déficit de recursos humanos qualificados consistem questões adicionais que precisam ser consideradas para aprimorar, ou mesmo criar em algumas áreas, as políticas de saúde na região.

De modo que o refletir sobre política e planejamento na Região Amazônica, como faz o presente livro, revela-se como uma ação empreendedora de esforço gigantesco: uma iniciativa primordial, se não essencial, para geração, monitoramento e aprimoramento de soluções efetivas para os problemas de saúde na Amazônia. **A Política** apresenta-se na forma de renovadas leis/normas ou diretrizes no encontro com o território. As Leis trazem nor-

mas ou princípios gerais, enquanto as diretrizes já definem ações ou estratégias visando a implementação de requisitos essenciais para promoção da saúde da população, como ampliação do acesso, tratamento e prevenção. **O Planejamento** relaciona-se a política por delinear meios ou ferramentas que garantam a implementação das políticas. Identifica necessidades e prioridades, o como atingir objetivos ou metas e, nesse livro, tais vetores de análise se encontram alinhados com as inovações de um planejamento ascendente com modificações de políticas a partir das Amazônia.

Tendo por fim a elaboração e conseqüente implementação de ações que contemplam adequadamente os desafios singulares da Região Amazônica. **A Gestão**, por sua vez, refere-se a organização e estruturação das políticas, seguindo seu planejamento e adequação das políticas de saúde. O desafio da gestão demanda não apenas que a organização e estruturação sejam adequadas ou contextualizadas aos serviços de saúde locais, mas que também sejam integradas e coordenadas entre os diferentes níveis de atenção à saúde, de forma a propiciar serviços de qualidade nas distintas áreas, para os diferentes povos da Amazônia. Tendo em vista a complexidade do território e dispersão populacional, temas como a formação de redes que atendam as especificidades locais - com a presença de comunidades indígenas e ribeirinhas, e a adaptação dos serviços às necessidades culturais e socioeconômicas da população, mostram-se centrais na gestão da saúde. Ademais os quesitos integralidade da atenção em saúde, equidade do acesso aos serviços contextualizados também se revelam como desafios políticos inerentes.

Com efeitos, a Região Amazônica possui desafios particulares e complexos em relação aos pilares política e planejamento em saúde. Este livro trata destes caminhos, levando em conta os fundamentos ou elementos singulares que caracterizam a Região. Estes pilares e temas estão organizados em dois eixos no livro que convergem e conversam com os sistemas locais de saúde na Amazônia. O primeiro eixo trata de desafios diversos com temáticas atuais sobre a resignificação de temas transversais a política e planejamento em saúde na Amazônia, tais como os determinantes sociais, a planificação da atenção à saúde e a equidade, o território líquido como cena do cotidiano da vida, a regionalização como pressuposto da organização dos serviços, a gestão da informação em saúde, a saúde indígena em tempos de pandemia, a vigilância e controle das doenças. Já o segundo eixo tece análises e reflexões sobre a organização dos serviços de controle do câncer de mama, das práticas de cuidado na assistência domiciliar em HIV/AIDS, do financiamento da atenção básica em região paraense, da rede de atenção psicossocial, do cuidado ao idoso e da rede de cuidados à pessoa com deficiência em contextos amazônicos.


Trata-se de compêndio rico em análises, provendo diagnósticos, lições apreendidas e diretrizes sobre como aprimorar temas diversos e essenciais de saúde no âmbito da Amazônia. Os editores e autores dos capítulos trazem cenários analíticos e ensinamentos concernentes aos fundamentos e caminhos que devem ser considerados na árdua tarefa de realizar políticas e promover uma gestão mais efetiva na Amazônia. A leitura deste material mostra-se obrigatória para estudantes, pesquisadores, gestores e políticos: para todos que buscam melhor compreender os desafios de saúde, bem como tecer ações efetivas que aprimorem a política e o planejamento de saúde na Amazônia.

Fabiana da Cunha Saddi

Economista, doutorado em sociologia (USP), pós doutorado em Oxford (UK), docente do Programa de Pós graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (PPGDS-CI-CEAM) da Universidade de Brasília (UnB)

Notas de uma obra comprometida por um SUS Amazônico

Rodrigo Tobias
Fernando Gomes Leles
Mayra Costa Rosa Farias de Lima

 Sistema Único de Saúde (SUS) é universal, integral e promove justiça social nos diversos territórios deste Brasil. Na Amazônia, a política de saúde se encontra com um território de vida específico, caracterizado por um tecido social diverso, dinâmico e imigrante transitando pelas águas e florestas. Nesse cenário, a vida é pujante, que vibra e faz acontecer um sistema de saúde amazônico, plural étnica e socialmente, bio-diverso e culturalmente específico. Assim, é imperativo construirmos referencial teórico da saúde coletiva regional, bem como refletirmos e contextualizarmos o SUS com “DNA amazônico”, cujas políticas, programas e projetos de saúde possam garantir os princípios constitucionais para a população amazônica.

Afirmamos que existem diversas ‘amazônias’ dada as características de fauna, flora, tipo de água que condiciona o modo de vida de grupos sociais diversos. A diversidade se dá por calha de rio, podendo ser os rios de água barrenta, como o Solimões-Amazonas e Madeira que tem quantidade de sedimentos em suspensão, devido à erosão e ao transporte de partículas e fragmentos de floresta, os de água escura, como o Rio Negro que tem concentração de matéria orgânica dissolvida (ácidos húmicos e fúlvicos) provenientes da decomposição da vegetação nas florestas alagadas. E existem ainda os de água clara como o Tapajós, Xingú com baixa carga de sedimentos e influência de águas subterrâneas e nascentes limpas (SILVA, HODA, 2016).

Pelo lado social, é possível observar a pluridiversidade de grupos sociais tais como os indígenas, ribeirinhos, imigrantes, quilombolas, extrativistas, seringueiros, pescadores, pequenos produtores e criadores de animais, bem como os urbanos (LIMA, POZZOBONI, 2005). Não obstante, é possível observar as Amazônias pelos cenários de ação humana e ocupação e uso do território com

impactos ambientais, como as regiões antropizadas e os megaprojetos da região (CONFALONIERI, 2005).

É comum, aludirmos sobre a Amazônia como terra de ninguém, vazios demográficos, como lugar do difícil e obstáculos para sistemas de proteção social com conotação negativa, estigmatizada. Isso é um equívoco do imaginário coletivo construído pelo pensamento hegemônico, exclusivista e excludente. Mesmo nesses contextos, aqui existe gente com consciência sustentável que interage e preserva o cenário da grande floresta. O que permite inferir que a Amazônia na sua dimensão e profundidade tem potência, vida em abundância.

Analisando os fatos, a Amazônia brasileira é região com quase 60% da Pan Amazônia internacional e do território brasileiro. Concentra a maior biodiversidade vegetal e animal do mundo, um terço das florestas tropicais úmidas e um quinto da disponibilidade de água doce do planeta e quase metade da disponibilidade brasileira (IBGE, 2011). Além disso, vivem 28 milhões de habitantes, 51% do total de indígenas brasileiros, 13% de quilombolas em cidades e debaixo das copas de florestas amazônica (IBGE, 2022).

Aqui representam dados sobre uma Amazônia fluida de vida e de pessoas, pois tais características tendem a subverter a lógica da oferta e uso de serviços de saúde, mediada pela necessidade de saúde das populações amazônicas. Com isso, demonstra-se uma diversidade de modos de vida e de cosmologias de mundo que converge nos aspectos da ecossaúde, da sustentabilidade e da (inter)cultura que, inevitavelmente, se encontra com o cotidiano da vida e com as práticas das políticas de saúde.

O grande desafio para a implantação e implementação equitativa da política e programas de saúde consiste em considerar a realidade amazônica. A região amazônica tem especificidades complexas, que produzem potência nas políticas públicas. As intervenções devem necessariamente levar em conta o chamado '*fator amazônico*', que é o resultado das já conhecidas combinação de grandes distâncias, da sazonalidade dos rios, da pluviosidade referente a períodos do ano, dos cursos dos rios como a popular e mais importante opção de acesso aos serviços de saúde, das consequências das alterações climáticas expressivas, dos obstáculos físicos naturais (corredeiras, selva impenetrável), da tripla carga de doenças endêmicas, da disponibilidade à internet e serviços utilitários públicos (bancos, correios, saneamento básico, energia), da ameaça do narcotráfico e pressão degradante dos garimpos clandestinos, da presença de megaprojetos amazônicos. Tudo isso, agindo sinergicamente, pode condicionar e, por ora, determinar o acesso aos serviços de saúde pela população, o que justifica a necessidade de revisão diferenciada das políticas na área da saúde.

Nesse lugar, o SUS se ressignifica pela tradição e cultura dos povos amazônicos, pela relação com a natureza que ditam as regras do acesso aos serviços de saúde. Novos valores podem ser agregados no plantel conceitual e constitutivo do SUS.

A questão da *'sustentabilidade'* é um conceito que conversa com o sistema de saúde. Não se trata da sustentabilidade financeira do sistema de saúde a partir do desenvolvimento do complexo industrial econômico da saúde por meio da produção de vacinas, insumos e medicamentos e inovação tecnológica, nem tampouco, analisar a matriz de indicadores sociais, econômicos e de uso dos sistemas de saúde que conversa com a agenda internacional dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). É muito mais que isso. Aqui, um SUS amazônico incorpora a sustentabilidade que se associa a ideia de desenvolvimento sustentável e sua relação direta com a preservação do meio ambiente e com a garantia da disponibilidade dos recursos naturais para as gerações futuras.

A sustentabilidade amplia o conceito de saúde que reflete cotidianamente a relação saúde e ambiente, incluindo a justiça social, a sustentabilidade ecológica, os direitos humanos e qualidade de vida. Logo, tal conceito se faz presente nos territórios ribeirinhos, pois incorpora os serviços ecossistêmicos (de provisão, tais como alimentos e água; regulação, tais como a regulação de inundações, secas, degradação do solo; serviços de suporte, tais como formação do solo e ciclagem de nutrientes; e serviços culturais, como de lazer, espiritual e outros), como elementos analisadores essenciais do processo saúde e doença (FERRAZ *et al.*, 2019).

A questão da *'interculturalidade'* consiste uma dimensão inerente a compreensão de mundo e nações. Pode ser compreendida como um processo e projeto social, político ético e epistêmico, segundo Walsh (2009) e, portanto, o desafio teórico-prático da produção de cuidado em saúde com pluridiversidade étnico racial da Amazônia consiste em entender a interação das culturas, sem isolamentos com a complexidade da implementação de políticas de saúde regionais. Sejam indígenas, quilombolas, imigrantes, o SUS amazônico precisa incorporar no cotidiano do trabalho da saúde com as interações culturais, considerando as desigualdades, conexão/desconexão e inclusão/exclusão. No campo da saúde pública no Brasil, a política nacional dos povos dos campos, águas e floresta contempla a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, e que conversa com os territórios de vida desses povos de culturas variadas.

'Florestania'. Um dos conceitos originais que apontam a ressignificação do senso de pertencimento de mundo dos amazônidas e que dialoga com o SUS

amazônico. Termo cunhado por Chico Mendes no final da década de 80 e início de 90, é considerado uma cidadania da floresta e dos povos da floresta para preservação da floresta. É o selo original de identidade dos seringais que extrapola fronteiras, incorpora o sujeito coletivo, os saberes da terra, da mata viva, uma intercência, uma defesa da Amazônia como detentora de direitos, considerando o diálogo de conhecimentos tradicionais e populares (SALGADO, 2011). Tem relação com o conceito de *'bem-viver'*, originário dos povos indígenas andinos peruanos e bolivianos que trata um pensamento em movimento de *'bem-ser'* e *'não de bem estar'*, de uma ética bioecocêntrica e não antropocêntrica, contra-hegemônica de visão de mundo, alinhando-se com a democracia participativa, e com o culturalmente aceitável no pluridiverso (SOLON, 2019). Esses conceitos ajudam a amazonizar o nosso sistema de saúde e a ressignificar processos multidimensionais do cuidado em saúde.

Com base nessas primícias do território que sempre estiveram no lado de cima do Brasil, o encontro do SUS com os povos da floresta produz sentido e compreende os meandros das práticas promissoras das políticas de saúde em ato. Vimos algumas contribuições e que puderam ao longo do tempo convergir com o pensamento sanitário brasileiro ainda no início da redemocratização no Brasil.

Tem sido promovido um SUS participativo que vem do controle social dos povos da região norte. Cabe aventar uma cena da história da saúde pública brasileira em que foi pensado e construído uma agenda de saúde para a Amazônia. A realização da 1ª Oficina de Planejamento da Região, que integrou o Projeto Amazônia Legal, voltado para a criação de estratégias que possibilitaram um desenvolvimento regional sustentável, respeitando as especificidades e potencialidades locais, teve a participação do Ministério da Saúde, pesquisadores, e participação social em Manaus em 2003 (MACHADO, 2003). Para além da empreitada que construiu o primeiro Plano de Saúde da Amazônia Legal em momento posterior, registrou-se a construção de um SUS Amazônico que, a exemplo do Brasil, também não é *'um outro SUS'*, mas o mesmo e único SUS, cujos princípios gerais são a universalidade, a integralidade e a equidade em território das águas. O mesmo é único SUS brasileiro, mestiço, antropofágico e diverso, cujo maior objetivo é assegurar e promover a saúde plena do cidadão brasileiro, mestiço, diverso no contexto da floresta e suas especificidades (MACHADO, 2003).

O evento recuperou uma ideia de sistema universal de saúde do maior patrono da saúde pública do Brasil. Sérgio Arouca disse certa vez, no ato da inauguração das instalações da Fiocruz Amazônia em Manaus na década de 90, que talvez precisássemos pensar num SUS VERDE que refletisse as várias realidades da região Amazônica. O Verde, aqui posto, não representa o desmereci-

mento das demais cores e bandeiras de luta que retratam a diversidade regional, populacional e social brasileira. Não seria isso que Arouca almejaría, mesmo porque o nosso SUS tem em sua logomarca o branco com o azul, que são cores, respectivamente, resultantes de todas as cores com destaque àquela que é cor primária – azul – e que representa a unidade, o único do nosso sistema. O verde é a derivação da paleta entre as cores primárias azul e amarelo, representativos de símbolos brasileiros. É produto, é mistura, é resultado de uma combinação alusiva a pluralidade étnica, ecológica e epistêmica oriunda da região.

O SUS amazônico de Arouca vislumbra o verde da sustentabilidade, da florestania, do bem-viver, da interculturalidade, das territorialidades amazônicas amalgamados com os demais valores que compõe o nosso sistema de saúde. Um Verde dos cantos e encantos da mata, da vida das pessoas e dos fluxos dos rios. Um verde referente a um SUS que incorpora os sentidos e significados da vida, da (inter)cultura, dos valores da produção do cuidado em saúde com uso dos saberes populares e tradicionais que antevêm da chegada da biomedicina tradicional hegemônica. Registramos, portanto, o apoio total a ideia do maior sanitarista brasileiro que vislumbrou, à sua época, repensarmos a equidade e a integralidade como princípios desafiantes do SUS para a região amazônica.



Fonte: Acervo do Instituto Leônidas & Maria Deane/ILMD-Fiocruz Amazônia.

As '*notas primárias*' que fundamentam um SUS Amazônico tem sustentado iniciativas e produções técnico-científicas que buscam ressignificar o campo da saúde coletiva na região. O campo das políticas públicas, gestão e planejamento, inerente ao campo constitutivo do núcleo e saberes da saúde coletiva, consiste um vetor de análise de interesse para a proposições de políticas de saúde mais verdes. As sínteses de análises dessas políticas, bem como dos instrumentos de planejamento em saúde podem auxiliar na tomada de decisão de gestores de sistemas locais mais aproximado as necessidades de saúde da população nessa região.

Neste sentido, é urgente a produção de coletâneas científicas que exaltem as políticas de saúde como linha de pesquisa. Muito tem se produzido cientificamente sobre doenças e fatores associados, sobretudo em contextos gerais recortado por problemáticas sociais. Por outro lado, a introdução aqui feita intenta apresentar uma síntese de trajetórias com evidências sobre estudos e análises de políticas de saúde e seus recursos do planejamento, inclusive. É um livro para colaborar com o campo das ciências gerenciais que compõe o campo da saúde coletiva no Brasil sem dissociar do desafio de realizar a gestão e as práticas das políticas de saúde por pesquisadores e gestores da Amazônia.

Um livro sobre políticas e planejamento em saúde na Amazônia justifica-se pela necessidade de compreender e abordar os desafios únicos enfrentados pela região em termos de saúde pública e sistemas de saúde. O 'fator amazônico' aqui apresentado roteiriza os desafios de se fazer saúde nessas diversas amazônias. Esses cenários de experiências promissoras no campo das políticas e planejamento aqui expressos podem contribuir com a comunicação entre gestores, pesquisadores e membros do controle social a vislumbrarem métodos e oportunidades de mudanças sistêmicas nas práticas assistenciais e nos modos de gerir a saúde na Amazônia.

Portanto, um livro sobre políticas e planejamento em saúde na Amazônia seria importante para explorar estratégias eficazes de regionalização da saúde e desenvolvimento de redes de atenção à saúde adaptadas às necessidades e desafios específicos da região. Isso contribuiria para a melhoria do acesso, qualidade e equidade dos serviços de saúde na Amazônia, promovendo saúde da população local. Não obstante, é sensível refletir os fundamentos e as práticas dessas políticas de saúde nos contextos da saúde pública regional. Como os sistemas locais de saúde se efetivam? Como fazer a gestão planejada e quais as evidências das políticas no território amazônico?

Para cada pergunta, sistematizamos um conjunto de artigos oriundos da pesquisa científica e comprometida com a região amazônica realizada por amazônidas e suas redes institucionais científicas. O livro foi organizado por

pesquisadore(a)s da Fiocruz Amazônia e Organização Pan Americana da Saúde e compõe um conjunto de investigadore(a)s com histórico científico se confunde com a região amazônica. Desta feita o livro apresenta duas sessões, sendo a primeira denomina-se '*Fundamentos de políticas e planejamento de saúde na Amazônia*' e a segunda '*Caminhos da gestão e das políticas promissoras de saúde na Amazônia*'.

A primeira sessão congrega um conjunto de pesquisas que convergem com uma agenda nacional e internacional das políticas e planejamento de saúde. Apresentamos os capítulos teóricos e reflexões sobre as determinações sociais, políticas e de território da saúde, bem como o conceito de equidade do SUS, observadas os contextos específicos regionais. Existem ainda capítulos que tratam dos fundamentos de políticas sobre letramento informacional e literacia para populações indígenas da Amazônia Legal no enfrentamento da pandemia, bem como uma propositura de política, no âmbito da vigilância em saúde, de monitoramento e controle para uma epidemia característica que sugere a sua inserção no rol de doenças notificáveis do SUS, tal qual as doenças filárias.

Adicionadas a esta parte da obra, temos ainda estudos sobre os aspectos da planificação da saúde, com destaque a rede cegonha, na região norte como conceito-ferramenta para o desenvolvimento do princípio da integralidade da atenção a saúde para povos amazônicos. Nesse contexto, a questão da regionalização da saúde e as redes de atenção à saúde são fundamentais para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde na Amazônia. A regionalização da saúde envolve a organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, adaptados às necessidades e realidades locais de cada região. Isso inclui a articulação entre serviços de atenção básica, especializada e hospitalar, bem como a integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A segunda sessão foi conduzida para a demonstração das trajetórias das políticas públicas de saúde no encontro com o território amazônico. Destacamos aqui os entremeios das redes de cuidados a pessoa com deficiência e da rede de atenção psicossocial do estado do Amazonas. A rede de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque ao câncer de mama considerado o maior agravo da saúde da mulher na região amazônica, bem como processos de cuidados da saúde do idoso compõem percursos de políticas ressignificadas em ato, legitimando práticas assistências que transbordam a prescrição da política de saúde instituída. Além disso, temos evidências científicas de análise de políticas de saúde no Pará, observando as análises de implantação do modelo de financiamento da atenção básica, bem como achados sobre a atenção domiciliar terapêutica com HIV /AIDS.

Nesse contexto, a questão das práticas das redes de atenção à saúde são fundamentais para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde na Amazônia. Os sistemas locais de saúde se impactam positivamente nos processos e produção do cuidado em saúde, além de envolver a organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, adaptados às necessidades e realidades locais de cada região. Isso inclui a articulação entre serviços de atenção básica, especializada e hospitalar, bem como a integração de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Acreditamos que compilados de artigos científicos sobre a temática das políticas e planejamento em saúde possam desenvolver melhor o SUS na perspectiva das pessoas. Assim, foi nossa intenção organizar esse livro, olhando os parceiros que fazem a gestão do sistema, tais como, gestor(a)s municipais, estaduais e federais, representados nos coletivos dos Conselhos de Secretário(a)s Municipais de Saúde (COSEMS) da região norte, instâncias colegiadas responsáveis pela região norte do Conselho Nacional de Secretário(a)s Municipais de Saúde (CONASEMS) e estaduais de saúde (CONASS), sem esquecer os gestor(a)s dos departamentos responsáveis pelo controle social, políticas de integralidade e regionalização do SUS do Ministério da Saúde, bem como os prefeito(a)s deste Brasil, organizados na Frente Nacional de Prefeitos e Prefeitas e na Associação Brasileira de Municípios do Brasil. Pesquisadores sociais, professor(a)s, sanitaristas, aluno(a)s de pós-graduação em saúde coletiva e também das quatorze profissões reconhecidas da saúde e afins, além dos colegas que fazem esse SUS Amazônico no campo do controle social, seja nas instâncias dos conselhos locais até o nacional de saúde, todos são bem-vindos a se apropriar de leitura crítica sobre as andanças de políticas públicas de saúde na Amazônia.

Agradecemos ainda a parceria com as instituições de ensino e pesquisa e seus pesquisadore(a)s que fazem parte dessa obra que demonstraram confiança e empenho no ato da submissão, análise e ajustes dos capítulos desta obra. Diante das dificuldades no trajeto da confecção deste livro, as vozes dos autore(a)s foram determinantes para a finalização deste livro que entenderam a proposta e souberam com generosidade científica investir na produção estritamente amazônica e, cujo a não necessária é ainda escassa nos programas de pós-graduação da região norte. É premente o agradecimento ainda pelo apoio financeiro e técnico da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), bem como a Editora Rede Unida, a Universidade de Brasília (UnB) que contribuiu para o prefácio deste livro e o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia no trato com a coisa pública e a missão de produção científica implicada com o desenvolvimento do SUS na região.

Diante do exposto, a obra intitulada *‘Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia: fundamentos e caminhos’* intenta contribuir para o pensamento crítico-reflexivo sobre o campo da saúde coletiva em contextos de áreas remotas da região norte do Brasil. Assim, a presente obra catalisa um conjunto de experiências e pesquisas que intervieram nos territórios do cuidado e da gestão em saúde pública na Amazônia. Temos intenção ainda que esta iniciativa produza auto-organização de coletivo de pesquisadore(a)s e gestore(a)s sanitárias amazônidas na construção de linhas e grupo de pesquisa sobre análise e avaliação de programas, políticas e projetos de saúde nos territórios do SUS Verde. E, assim, registrando os jeitos, caminhos das práticas de atenção a saúde ou propondo métodos de sínteses de políticas, vislumbramos *‘amazonizar’* o nosso sistema de saúde.

Referência Bibliográfica

CONFALONIERI, U. E. C. **Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças**. Estudos Avançados, v. 19, n. 53, p. 221–236, jan. 2005.

FERRAZ, R. P. D.; PRADO, R. B.; PARRON, L. M.; CAMPANHA, M. M. (Ed.). **Marco referencial em serviços ecossistêmicos**. Brasília, DF: Embrapa, 2019. 121 p.

IBGE. **“Geoestatísticas”** revelam patrimônio ambiental da Amazônia Legal. 2011. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14023-asi-geoestatisticas-revelam-patrimonio-ambiental-da-amazonia-legal#:~:text=Al%C3%A9m%20de%20conter%20%25%20do,disponibilidade%20mundial%20de%20%C3%A1gua%20pot%C3%A1vel>.

IBGE. **IBGE Educa Jovens e Professores**. 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/nosso-povo/19631-caracteristicas-da-populacao.html>.

LIMA, D.; POZZOBON, J. **Amazônia socioambiental: sustentabilidade ecológica e diversidade social**. Estudos Avançados, v. 19, n. 54, p. 45–76, maio 2005.

MACHADO, K. **O SUS Verde: Fórum planeja integração de ações de saúde na Amazônia Legal**. In: Revista Radis. ENSP, nº 14, outubro de 2003.

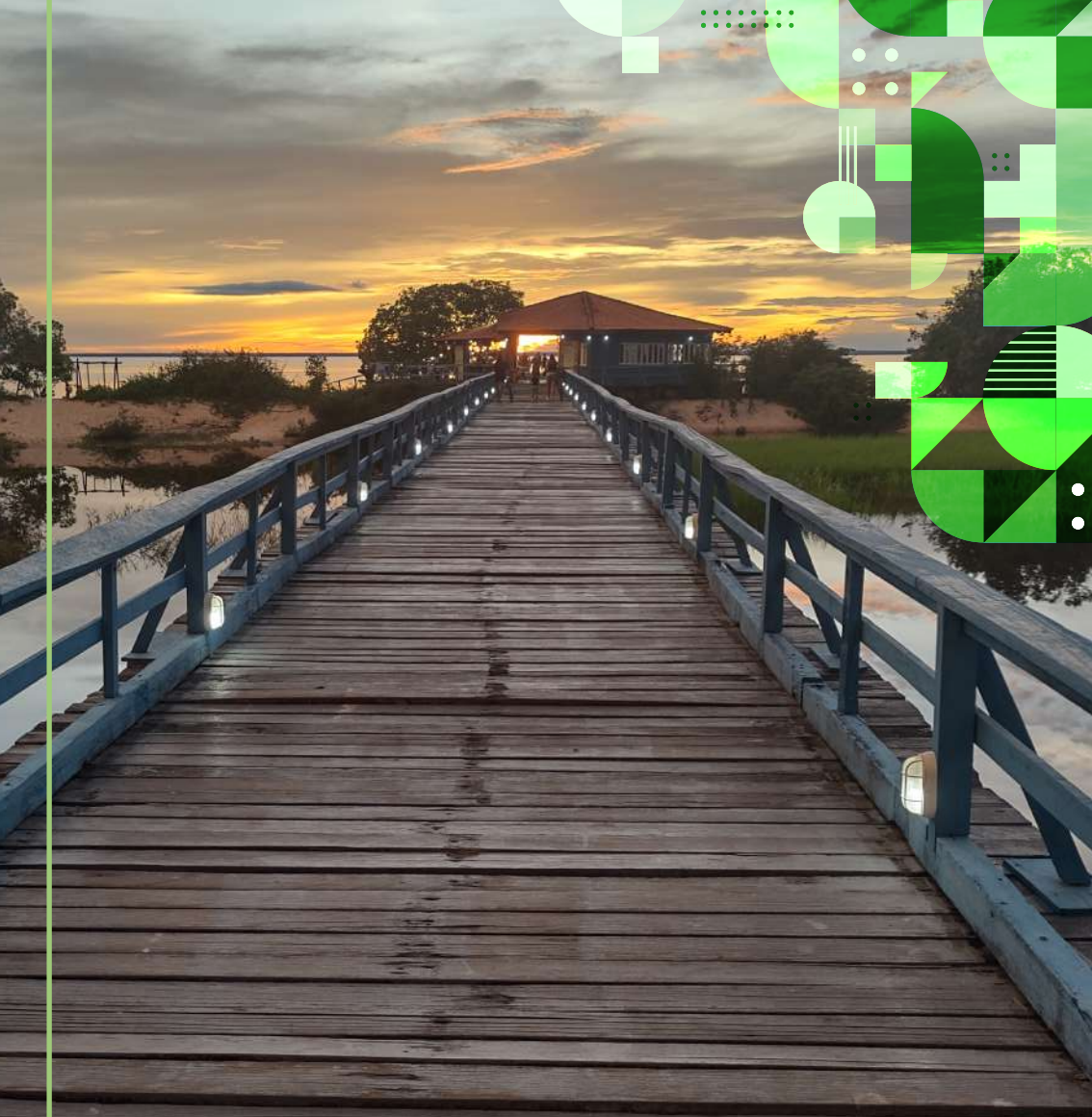
SALGADO, A.G. **Florestania: um desafio de cidadania no contexto pós-colonial**. O Cabo dos Trabalhos: Revista Eletrônica dos Programas de

Doutoramento do CES/ FEUC/ FLUC/ III, n 6, p. 1-26, 2011. Disponível em: <http://cabodotrabalhos.ces.uc.pt/n6/ensaios.php>.

SILVA, S. H.; NODA, S. N. **A Dinâmica entre as águas e terras na Amazônia e seus efeitos sobre as várzeas**. Revista Ambiente & Água, v. 11, n. 2, p. 377–386, abr. 2016.

SOLÓN, Pablo (Org.). **Alternativas sistêmicas: Bem viver, decrescimento, comuns, ecofeminismo, direitos da Mãe Terra e desglobalização**. São Paulo: Elefante, 2019.

WALSH, Catherine. 2009. **Interculturalidad crítica y educación intercultural**. In. VIAÑA, J.; TAPIA, L.; WALSH, C. (orgs.). Construyendo Interculturalidad Crítica. La Paz: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, p. 75-96.



EIXO I: FUNDAMENTOS DE POLÍTICAS E PLANEJAMENTO DE SAÚDE NA AMAZÔNIA

Foto: Rodrigo Tobias

CAPÍTULO 1:

Determinantes sociais, políticas públicas e território na saúde pública do século XXI: uma abordagem aplicada a região amazônica brasileira

Patrícia Tavares Ribeiro

Alexandre San Pedro Siqueira

Paulo Henrique Barbosa de Andrade

Isabel Maria Vilas Boas Senra

Rodrigo Tobias

Pedro Gilberto Alves de Lima

Muriel Saragoussi

Introdução

Nos últimos anos do século XX é notório o aumento da complexidade e relevância do nível local na produção e gestão de políticas públicas, decorrente de tendências observadas em Estados Nacionais em diferentes continentes. Contribuíram para esse processo a onda de descentralização da ação estatal que atravessou o mundo nos anos 90, fortalecendo as esferas subnacionais na composição da gestão pública governamental; as pressões crescentes por liberalização econômica e redemocratização política nas agendas internacionais e nacionais de reforma do Estado; o revigoramento do discurso dos direitos humanos, promovendo a configuração de novas identidades coletivas e a rearticulação de reivindicações e movimentos; a intensificação de interações intergovernamentais horizontais, viabilizada pelas novas tecnologias de informação e comunicação; e, a retoma-

da do projeto federalista de organização do poder político dos Estados (FIORI, 1995; FRIDMAN, 2000; GÓMEZ, 2000; COSTA, CARVALHO, 2002; SORJ, 2004; RIBEIRO, 2007).

Nesse novo cenário, os processos políticos nacionais, intrinsecamente multidimensionais e multiescalares, ganharam uma complexidade até então desconhecida, seja pelas crescentes normas e compromissos internacionais que os governos e as sociedades devem observar; pela necessidade de extensas consultas e negociações internas e com outros Estados; seja pelas novas competências dos já conhecidos e dos novos atores em cena; seja pela introdução de recursos de poder, modos de coordenação e instrumentos estatais (KLIKSBERG, 1998; GÓMEZ, 2000; CLAD, 2000; TORRES, 2004).

Dada a necessidade de considerar nesta nova conjuntura local/nacional/mundial, a recomposição de atores, o papel do Estado no desenvolvimento e a diversificação e imbricação dos problemas a gerir nas sociedades, os conceitos de governança e intersetorialidade ganham destaque na academia e na formulação de políticas públicas (WORLD BANK, 1992; UNITED NATIONS, 2009; KNOPP, ALCOFORADO, 2010; FERRÃO, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2017).

As mudanças e inovações configuraram novas dinâmicas territoriais que afetam a sociedade, o ambiente e os processos saúde-doença e precisam ser atualizadas no debate acadêmico e governamental sobre os determinantes sociais da saúde para a formulação de políticas públicas adequadas às novas realidades do século XXI (SANTOS, 2005; BRANDÃO, 2007; MASSEY, 2008; DALLABRIDA, 2011; HARVEY, 2014).

Nas Américas, iniciativas que se baseiam nos determinantes sociais da saúde têm apoiado estratégias governamentais que visam o planejamento e a implementação de políticas públicas coerentes entre diferentes setores de governo e níveis de tomada de decisão, sob as premissas da equidade e da garantia do direito à saúde, bem como da promoção do bem-estar da população, de forma sustentada e sustentável (OPS, 2015; PAHO, 2013, 2015).

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas para o desenvolvimento sustentável, atenta às novas dinâmicas sociais e territoriais do século XXI, reforça a necessidade de se compreender os territórios de intervenção de políticas públicas como sínteses de verticalidades e horizontalidades originárias de dinâmicas econômicas, ambientais, sociais, e de poder e os campos de intervenção pública que contextualizam a formulação e a implementação de políticas setoriais e intersetoriais. Para tanto, sugere novas práticas de planejamento governamental nas quais a escala local é valorizada em sua intrínseca relação com as escalas micro, meso e macrorregional, nacional e global (PNUD, 2015).

Portanto, considerar a dimensão territorial na abordagem dos determinantes sociais da saúde para compreender as dinâmicas políticas, econômicas, sociais e ambientais que afetam o setor saúde e o conjunto do governo em cada localidade, as suas interações com os outros níveis de intervenção pública nacionais, e, as dimensões e escalas regionais e globais presentes na implementação local de políticas públicas e em seus resultados, torna a gestão da saúde pública mais abrangente e qualificada.

Da perspectiva institucional, compreender os determinantes sociais que condicionam a produção social de saúde e doença nos territórios pode contribuir para a fundamentação de novos arranjos de governança territorial que promovam, nos espaços de gestão pública, políticas públicas voltadas à equidade social e regional. E, mais importante, resultar em respostas mais eficazes aos problemas de saúde que acometem a população, na sua diversidade, por meio do reforço do planejamento governamental como uma função pública indispensável. A identificação de situações que condicionam e/ou afetam a saúde das pessoas em cada lugar e as respostas governamentais e não governamentais aos problemas que delas emergem, pode contribuir para a concretização do direito universal à saúde, não apenas observando o que deve ser alcançado por um compromisso global, mas também as particularidades de cada lugar.

A leitura do território como espaço privilegiado para a caracterização e compreensão dos processos gerais e específicos de determinação social da saúde torna-se relevante nos processos políticos governamentais uma vez que no território as complexidades são mais claramente percebidas; as políticas públicas são convertidas em ações; as agendas específicas dos diferentes grupos e atores sociais podem ser integradas; as categorias sociais mais amplas se constituem; as ideias e propostas de desenvolvimento podem ser construídas coletivamente. E, sobretudo, porque a análise territorial pode ampliar a inclusão e facilitar a priorização nas práticas de planejamento setorial e intersetorial.

Em suma, o presente trabalho tem como objetivo principal apresentar uma abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde desenvolvida a partir do Projeto Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde do governo brasileiro, executado no período compreendido entre os anos de 2015 e 2020, na Região Norte do Brasil, onde está localizada a maior parte da Amazônia brasileira. Ressalte-se que, para alcançar este objetivo, o artigo apresenta as características gerais dessa iniciativa, contexto de desenvolvimento da abordagem; a metodologia implementada na Região e os resultados alcançados. Conclui com algumas lições aprendidas e desafios a considerar em esforços similares.

O Projeto DGTS: contexto, antecedentes e metodologia

A produção científica sobre os determinantes sociais da saúde emergiu no Brasil por volta dos anos 1970, no âmbito de estudos e pesquisas do campo da saúde pública e da medicina preventiva, comunitária e social, baseados na concepção de que o processo saúde-doença, para além de sua dimensão biológica, é também socialmente produzido. Esta produção acadêmica, desenvolvida em estreita articulação com o pensamento social em saúde latino-americano, informou o movimento pela reforma do setor saúde nos anos 80, a formulação do Sistema Único de Saúde na Assembleia Nacional Constituinte e a configuração da saúde no ordenamento social constitucional. Ademais, conseguiu estabelecer na estrutura governamental de pós-graduação e de ciência e tecnologia, política científica para o desenvolvimento desse campo de conhecimento, institucionalizado como “saúde coletiva” (NUNES, 1985; VIEIRA-DA-SILVA, 2021, IANNI, RIBEIRO, 2022).

Foi essa concepção ampliada de saúde que fundamentou o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. O artigo estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos. Desde então, tal concepção informa as políticas do SUS, sobretudo as de promoção da saúde e de atenção primária.

Além disso, a temática dos determinantes sociais da saúde está presente como fundamento de iniciativas intersetoriais na implementação do SUS, especialmente no planejamento da regionalização do cuidado em saúde, no âmbito do qual ações entre diferentes setores vêm sendo articuladas. A normativa federal, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, estabeleceu que é preciso considerar as identidades culturais, econômicas e sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes compartilhados na delimitação de regiões de saúde (BRASIL, 2002, 2006, 2011).

Em 2006, respondendo à agenda global, logo após a instituição da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial de Saúde (2005), o governo brasileiro criou sua Comissão Nacional, que depois de dois anos de trabalho, apresentou recomendações para integrar a atuação de vários órgãos federais em uma agenda comum pautada pelos determinantes sociais da saúde, como o estabelecimento de redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores para o seguimento de projetos e a utilização de seus resultados, a institucionalização de ações intersetoriais que visam melhorar a qualidade de vida e saúde, a intensificação da participação social, a produção sistemática de informações e conhecimentos sobre as relações entre

DSS e a saúde, pautando também a avaliação de intervenções e o empoderamento de grupos populacionais mais vulneráveis (CNDSS, 2008).

Em 2011, a cidade do Rio de Janeiro, por iniciativa do governo brasileiro, sediou a Conferência sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, reunindo líderes globais que discutiram estratégias, metodologias, experiências e políticas públicas orientadas a reduzir as desigualdades em saúde, a partir das considerações da Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS, 2010). Para promover a implementação das recomendações da Conferência no território nacional, o Brasil adotou como estratégia a realização de Conferências Regionais nas macrorregiões do país, de forma a contemplar a diversidade de situações e as especificidades locais que configuram os determinantes sociais da saúde em cada região. A primeira conferência realizada foi a da Região Nordeste, em Recife, no ano de 2013.

Em 2015, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, vinculada ao Ministério, instituiu o projeto Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde – o Projeto DGTS, com o objetivo de, por meio da realização de atividades preparatórias à Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte do país, contribuir para novas formas de governança territorial orientadas à promoção da equidade social e regional.

O projeto não se limitava ao contexto da saúde global. A orientação do planejamento governamental do conjunto do governo federal daquela conjuntura era de valorizar a dimensão territorial no desenho das políticas públicas de médio e longo prazo, o planejamento territorial como estratégia para a compreensão de problemas, identificação de prioridades e promoção de desenvolvimento das regiões menos dinâmicas do país, e, o fortalecimento do diálogo federativo, entendendo o território como plataforma de integração de políticas, base das demandas sociais e de construção de governança colaborativa, com a corresponsabilidade entre os atores sociais na produção da ação pública (BRASIL, 2008; SILVA, 2012; MONTEIRO NETO, 2017.; CASTRO, BRANDÃO, 2017).

O projeto foi coordenado pelo Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane/Fiocruz Amazônia e acompanhado no Ministério da Saúde pelo Departamento de Articulação Interfederativa, posteriormente denominado Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa, com interlocução permanente entre as equipes envolvidas. Em sua primeira etapa também se beneficiou da interlocução técnica e apoio da Unidade Técnica Determinantes Sociais e Riscos para a

Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental da Organização Pan-Americana da Saúde (UTDSS - OPAS/Brasil).

Na Região Norte do Brasil, foram realizados estudos exploratórios sobre o contexto regional dos determinantes sociais da saúde, um Seminário Internacional na cidade de Manaus onde procedeu-se a uma análise territorial por diferentes atores sociais regionais, seguido de encontros nos estados para contextualização dos estudos e resultados do Seminário Internacional nas realidades estaduais.

Assim, o projeto identificou temas relevantes para a Região Norte e reuniu subsídios para a programação e organização da Conferência Regional sobre DSS, a ser convocada oportunamente. Sua implementação trouxe aportes relevantes para a análise e aperfeiçoamento da governança regional e para o estabelecimento de um planejamento setorial territorializado. O relatório final do projeto foi entregue em fevereiro de 2020, coincidindo com o início da pandemia de Covid-19, tornando-se um documento oportuno para análises do impacto da pandemia na Região (FIOCRUZ, 2020).

A abordagem territorial dos Determinantes Sociais da Saúde desenvolvida

De acordo com Dallabrida (2021) e segundo a perspectiva de Abramovay (2010), as abordagens territoriais do desenvolvimento atendem ao propósito de superar análises de recortes espaciais centradas em procedimentos disciplinares e/ou setoriais, por meio da realização de estudos que assumam a realidade socioeconômica, histórico-cultural e ambiental, de forma integrada e com sua complexidade reconhecida.

Com essa perspectiva, a abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde desenvolvida consistiu em uma aproximação aos contextos regional, estaduais e municipais de produção social da saúde e da doença a partir das relações entre ambiente territorial e organização social e humana. Sob a inspiração das contribuições de Harvey (2014) e Brandão (2007), o ambiente territorial foi compreendido como espaço de dinamismo econômico, político, governamental e social, expresso em atividades identificáveis no espaço físico, geográfico, enquanto a organização social e humana como resultante dessas interações e das interações humanas nesse espaço.

De acordo com a contribuição desses autores, definiu-se o conceito de região como uma configuração geográfica que adquire estabilidade num determinado período, com um certo grau de coerência estruturada em termos de

produção, distribuição, troca e consumo, e em termos de compartilhamento de valores, referências históricas e culturais, com peculiaridades que a caracterizam de forma diferente em relação a outras áreas de uma economia nacional, supranacional ou subnacional. Dessa forma, compreende-se que o contexto regional se configura e reconfigura ao longo do tempo, refletindo processos de construção social que estabelecem uma determinada lógica territorial.

Com base nessas referências e na literatura científica, sobretudo da geografia e das ciências sociais, que dialoga com a produção de políticas públicas, foi estabelecido o marco conceitual que orientou a contextualização das relações entre determinantes sociais da saúde, desenvolvimento, governança e políticas públicas na caracterização do território regional.

O conceito de território central para a perspectiva desenvolvida foi o de território usado de Milton Santos, que vai além das delimitações espaciais decorrentes de determinações normativas. Segundo o autor, *“O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. **O território usado é o chão mais a identidade.** A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida”* (Santos, 1999). O território, contudo, sofre também o impacto do mundo, que produz, comanda, disciplina, normaliza, impõe a racionalidade do mercado universal, dos governos mundiais, das organizações internacionais, das universidades mundiais, das fundações que financiam pesquisas (SANTOS, 2005).

O olhar para o território como território usado, um território atravessado por verticalidades e horizontalidades segundo a concepção de Milton Santos, permite abarcar em qualquer escala de intervenção e análise, inclusive na escala local, as influências mundiais, as influências dos diferentes níveis de governo de uma sociedade, as resistências dos homens, e, as novas dinâmicas que sintetizam essas interações.

O conceito de território incorporou também a concepção de lugar desenvolvida por Doreen Massey. Segundo a geógrafa, os lugares coleções de estórias, constitutivas de um espaço de *“estórias até-então”*, simultâneas e articuladas dentro de mais amplas geometrias. Neles, encontros de trajetórias humanas e não humanas, em sua eventualidade, imprimem dinâmicas singulares que configuram sua história e possíveis desdobramentos. Assim, as particularidades dos lugares são também produto dessas interseções, dentro de um cenário mais amplo, e daquilo que deles é feito. E dos não-encontros, das desconexões, das relações não estabelecidas, das exclusões (MASSEY, 2008).

Sobre o conceito de governança, este, teve como referência a literatura nacional e internacional que aborda novos modos de governar no século XXI. Apoiado na premissa de que uma sociedade organizada territorialmente amplia sua capacidade de gerir assuntos públicos e de construir coletivamente uma visão compartilhada para o futuro do território, o conceito de governança territorial adotado corresponde a novos arranjos políticos e institucionais que integram uma diversidade de atores, promovem a interação entre os diferentes setores, governamentais e não governamentais, e a ação política dos diferentes níveis político-administrativos, no caso brasileiro, de um Estado Federativo (DALLABRIDA, 2006; DASÍ, 2008; FERRÃO, 2010; RIBEIRO, 2017). Estes arranjos objetivam estabelecer capacidade governativa de cooperação, colaboração e coesão socioespacial; redes políticas territoriais como recurso operacional; e ter a justiça territorial como horizonte ético-político (LIMA, 2015). Assim, a governança territorial é entendida como um processo de territorialização específico, integrado ao processo mais amplo de desenvolvimento territorial e de desenvolvimento regional.

Quanto ao conceito de desenvolvimento territorial, a perspectiva adotada, contextualizada na literatura que analisa dinâmicas territoriais e ou experiências de desenvolvimento local (GEHLEN, RIELLA, 2004; SCHNEIDER, 2004; DELGADO, 2017), inspirou-se, sobretudo, nas orientações do planejamento governamental do governo federal brasileiro daquela conjuntura, que tomou o território como guia para fazer convergir as escolhas estratégicas, considerar a potencialidade e diversidade das forças produtivas; construir um olhar estratégico para o desenvolvimento local, regional e nacional; e, contribuir para ganhos de qualidade e equidade no gasto público (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento é pensado a partir de um protagonismo do território, em que os recursos endógenos, a superação de enfoques exclusivamente setoriais das políticas públicas, políticas de igualdade, de participação cidadã e para a defesa dos direitos humanos contribuem para o fomento de uma economia social e solidária, inclusiva.

Aqui é importante ressaltar que a literatura internacional identifica nos primórdios do século XXI uma segunda geração de políticas públicas que vem sendo formuladas em arranjos governamentais institucionais e organizacionais participativos, influenciados pelo conceito de governança, configurando uma tendência à territorialização de políticas públicas (DIAS, SEIXAS, 2020). Neste âmbito são valorizadas características e funções (recursos) de cada território, em oposição ao enfoque vertical tradicional que segmenta a ação governamental em setores de atividades separados/isolados, na direção de ressignificar os territórios de intervenção pública. Tal tendência converge com a de “*transversalização de políticas públicas*”, a partir da qual promove-se a integração

concertada de atuações da administração pública aos seus vários níveis seja através da geração de projetos complementares e sinérgicos ou em co-gestão.

De acordo com Dias e Seixas (2020), a abordagem das “intervenções integradas de base territorial” difere das restantes por envolver a integração de várias políticas e não apenas uma no contexto de estratégias desenvolvidas por parcerias constituídas por um leque mais ou menos alargado de atores públicos, privados e sociedade.

Por fim, quanto à equidade territorial, tomou-se esse conceito como princípio de ordenamento da ação pública e governamental direcionado à superação de situações reais de desigualdades caracterizadas pela injustiça socioespacial, por meio da garantia a todos do mesmo acesso aos serviços públicos, ao emprego, e às diversas vantagens da vida em sociedade. De acordo com Bret, 2008 (apud FARI, 2018), a equidade territorial é a dimensão espacial da justiça social. E a organização do território, por ser expressão espacial do fato social, cria efeitos de lugar que podem consolidar e agravar ou amenizar as injustiças sociais. Portanto, o conceito foi incorporado como princípio para um planejamento setorial territorializado e equitativo.

O quadro conceitual de referência se completa, acrescentando-se a estes conceitos, o conceito de produção social da saúde, que é caro à epidemiologia social e às ciências sociais em saúde latino-americanas (LAURELL, 1982, 1986; KRIEGER, 2001, 2002; IANNI, RIBEIRO, 2022). O conceito de produção social da saúde, atualizado, coloca os fenômenos biológicos sob uma perspectiva processual da relação saúde-doença que inclui, além do ambiente natural, o ambiente econômico, social, cultural, institucional, tecnológico e político na explicação de seus desfechos em indivíduos e coletividades. Traz para a leitura dos processos saúde-doença sua historicidade, identificando nas trajetórias das sociedades causas do adoecimento ou da preservação da saúde que transcendem e/ou determinam a biologia humana e ambiental. Esta concepção emerge e se desenvolve revelando desigualdades injustas cuja superação deve ser considerada nos espaços de formulação e implementação de políticas públicas e reivindicada pela sociedade. E é nesse contexto que ganham relevância na América Latina os estudos sobre os determinantes sociais da saúde.

No século XXI, o conceito de produção social da saúde torna-se indispensável para a maior compreensão dos efeitos das dinâmicas territoriais multidimensionais e multiescalares sobre os corpos, tanto individuais como coletivos. Em outros termos, é fundamental para elucidar cadeias causais que conectam fatores econômicos e sociais amplos e processos biológicos na produção de saúde e de doença, o que permitirá identificar a melhor combinação de ações para prevenir/cuidar das doenças e combater as desigualdades.

Dessa perspectiva, portanto, a análise territorial possibilita conhecer as diferentes dinâmicas econômicas, sociais e culturais que afetam de forma particular os processos saúde-doença nos diferentes lugares; as transformações e tendências em curso na produção e articulação das políticas que regulam os processos locais e regionais; as especificidades locais e regionais no mundo globalizado; as perspectivas e objetivos dos diferentes atores para o desenvolvimento; e desafios para a gestão de territórios. Além disso, de acordo com Gehlen e Riella (2004), a análise das dinâmicas territoriais e do desenvolvimento sustentável na perspectiva da territorialidade, facilita a análise dos processos de desenvolvimento, com suas complexidades, universalidades e particularidades.

Assim, para uma aproximação a contextos territoriais regionais relacionados à produção social de saúde e de doença, foram identificados os seguintes aspectos/variáveis a considerar na caracterização de determinantes sociais da saúde: i) situações locais/regionais que afetam o bem-estar e a qualidade de vida nas diferentes escalas territoriais de exercício do poder político do Estado Federativo brasileiro; ii) dinâmicas econômicas que explicam a paisagem geográfica atual da região e configuram as atividades produtivas regionais, estaduais e locais; iii) presença do poder público federal, estadual e municipal na região, em termos de bens e equipamentos coletivos disponíveis ao cidadão e de políticas institucionais orientadas ao planejamento do desenvolvimento local e regional; iv) políticas públicas de abordagem territorial implementadas na região; v) atuação pública dos atores sociais e políticos que transitam no território nas escalas local e regional; vi) arenas em que se define o acesso a recursos materiais e imateriais essenciais à vida coletiva; vii) pesquisas, estudos e grupos de pesquisa, voltados para a compreensão das dinâmicas territoriais regionais, para a identificação de problemas e para a produção de respostas com impacto sobre a saúde; x) trajetórias humanas e não humanas que imprimem dinâmicas eventuais e/ou singulares nos diferentes territórios, buscando-se o entendimento quanto a como a saúde reflete as situações da vida social que marcam essas trajetórias e as soluções de governança específicas em cada lugar.

A aplicação da abordagem territorial dos DSS na Região Norte e seus resultados

Como primeira etapa da aplicação da abordagem territorial, foram realizados estudos exploratórios sobre a temática na região, elaborados predominantemente por pesquisadores locais, tendo como base diferentes saberes e evidências científicas quantitativas e qualitativas. Os estudos realizaram aproximações às especificidades territoriais que contextualizam os problemas de saúde na região, da perspectiva de seus determinantes sociais, observando termo de referência comum.

Nesse contexto, os esforços foram direcionados para a compreensão coletiva dos processos saúde-doença na Região Norte, como base para uma atuação setorial capaz de territorializar os problemas e soluções, bem como promover, junto a outros setores governamentais e da sociedade, uma perspectiva de governança regional, orientada pelo futuro que se deseja alcançar.

Assim, os estudos exploratórios abordaram os seguintes aspectos do contexto regional: as fronteiras físicas e simbólicas da Amazônia; dinâmicas econômicas/de ocupação da Amazônia; determinantes sociais da saúde críticos na Região Norte; a diversidade cultural e as diferentes formas de vida em sua interação com o Sistema Único de Saúde; políticas públicas de saúde no contexto territorial; e, a produção de conhecimentos sobre determinantes sociais da saúde pelos grupos de pesquisa da Região Norte.

A análise crítica e aprofundada dos resultados dos estudos exploratórios foi realizada no Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde, por diversos atores locais, nacionais e internacionais com atuação na região, oriundos da academia, administração pública, organizações e movimentos da sociedade civil, organizações indígenas e organizações internacionais. Por meio de dinâmicas inclusivas, ativas e participativas de construção processual do conhecimento (metodologia World Café), foram incorporados os conhecimentos, experiências e análises acumuladas pelos participantes em suas trajetórias pessoais e institucionais em diversos pontos do sistema de saúde, em diferentes áreas de governo e em sua atuação na sociedade.

O compartilhamento de ideias, conhecimentos e experiências reuniu elementos para a compreensão e apropriação conjunta da produção social de saúde e doença no território regional e perspectivas para o desenvolvimento, a governança territorial e a equidade social, contemplando: expectativas de futuro para a Região Norte; concepções de desenvolvimento; determinantes sociais positivos e negativos para as condições de vida e saúde; especificidades culturais e sociais que impactam o cuidado à saúde na Amazônia; ações governamentais e não governamentais existentes sobre os determinantes sociais da saúde; e, atores estratégicos para melhorar as condições de saúde da população.

A segunda etapa da abordagem territorial consistiu na realização de Encontros com os Estados sobre DSS. Os Encontros foram realizados em estados da região com o objetivo de promover a divulgação e contextualização territorial dos resultados do Seminário Internacional, a priorização de problemas e temas estaduais e regionais relacionados aos DSS para subsidiar a composição do programa e a metodologia da Conferência Regional, bem como a mobilização dos atores locais para a participação nas atividades de preparação da Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde da

Região Norte. Neles, foram identificados temas que podem constituir agendas públicas sobre DSS em cada estado, bem como estratégias para adequar a abordagem dos DSS às práticas locais e para mobilizar os atores locais para a temática dos Determinantes Sociais da Saúde, sob a perspectiva do Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde.

Cabe destacar, sem esgotar a riqueza do conjunto, resultados que indicam o conhecimento alcançado com a abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde na região, conforme documentado no Relatório Técnico do projeto. Por meio dos estudos exploratórios, foi possível caracterizar:

- a.** problemas crônicos da região que se manifestam de forma aguda nas fronteiras que a permeiam, ou seja, fronteiras naturais, políticas, culturais, sociais, fronteiras entre o urbano e o rural, fronteiras entre distintos modelos de desenvolvimento (SARAGOUSSI, 2017);
- b.** dinâmicas e traços marcantes da economia regional, em suas especificidades sub-regionais, e elementos para uma capacidade governativa de cooperação, colaboração e coesão socioespacial, tendo em vista redes políticas territoriais como recurso operacional e a justiça territorial como horizonte ético-político (LIMA, 2017);
- c.** os desafios para uma abordagem aos determinantes sociais da saúde nesta região com imponente extensão territorial e complexa diversidade biológica e sociocultural (SOUZA, 2017);
- d.** nós críticos dos determinantes sociais da saúde na Amazônia (determinantes étnicos; terra, território, violências; estado nutricional e segurança alimentar) (ORELLANA, 2017);
- e.** questões relacionadas a sociocosmologia e ao sistema de crenças dos povos tradicionais, em especial indígenas, a considerar na operacionalização das diretrizes de universalização, descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SOUZA, 2017);
- f.** a complexidade das situações socioambientais amazônicas que desafiam a compreensão e incorporação das particularidades regionais no planejamento e formulação de políticas públicas (KADRI, SCHWEICKADT, LIMA, 2017);
- g.** o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) como proposta que busca operacionalizar a noção de território usado, ao navegar pelas águas fluviais, adaptando trajetos, dinâmicas de serviço

e horários de trabalho de acordo com regimes das águas e o ciclo sazonal da vida na Amazônia (KADRI, SCHWEICKADT, LIMA, 2017);

h. a relevante produção de conhecimentos de pesquisadores oriundos da própria região, abordando temáticas dos determinantes/determinação social da saúde e outras de interfaces como, por exemplo, pobreza, direitos humanos, violência, ambiente, urbanização e promoção da saúde (SAN PEDRO, RIBEIRO, 2017).

No âmbito dos resultados do Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde, uma grande variedade de temas foi levantada caracterizando situações que podem auxiliar nas formulações e decisões sobre o futuro do território e o desenvolvimento regional.

Os participantes apresentaram, discutiram e/ou questionaram os efeitos do modelo de desenvolvimento nacional e regional sobre o território regional, como por exemplo, a degradação ambiental, a transição nutricional e a insegurança alimentar; os valores e capacidades a serem desenvolvidos para o enfrentamento da violência e da injustiça social; o estabelecimento de uma gestão territorial local e regional que se adeque à relação ambiente e saúde, ao respeito às terras indígenas e à articulação intersetorial de políticas públicas; as políticas, programas e ações governamentais que têm um impacto sobre a saúde, o meio ambiente e a produção e consumo de alimentos.

Os participantes também identificaram avanços que impactaram positivamente as condições de vida e a saúde na região, como a crescente organização e participação da sociedade na busca de soluções para problemas sociais; a implementação de políticas públicas inclusivas, nacionais e locais; o aumento do controle público/social da ação governamental; o aumento da oferta e do acesso aos serviços de saúde, com destaque para as UBS fluviais e para o Programa Mais Médicos; outros avanços nas áreas da informação e comunicação, na formação e qualificação profissional, no planejamento e gestão governamental da saúde, em reorganizações inovadoras do cuidado em saúde.

Para que a região de fato produza socialmente saúde, foram enumerados uma série de obstáculos relacionados ao contexto político, às relações entre cultura e comunicação, à gestão descentralizada e regionalizada da ação governamental, à já conhecida deficiência de infraestrutura de saneamento básico, à produção e consumo de alimentos, alienados da vocação da terra na Amazônia, às intervenções da segurança pública, e, à inserção dos jovens no mercado de trabalho, bastante desmotivados diante da falta de oportunidades.

A diversidade cultural e social da região caracterizada como um grande desafio para a concretização do princípio de universalidade e equidade do SUS,

requer ações públicas voltadas para a justiça ambiental e a equidade territorial, a articulação intersetorial, entre setores de governo e não governamentais, a observância das especificidades culturais na gestão e na prestação do cuidado, a necessidade de se considerar a expressão epidemiológica dessa diversidade no planejamento, organização e na ética do cuidado, e a necessidade de maior controle público na garantia do direito à saúde.

As atividades do Seminário resultaram em um amplo levantamento sobre os determinantes sociais da saúde na região e das ações governamentais sobre eles, existentes e a serem desenvolvidas, mostrando uma série de problemas, mas também confirmando a ampliação de ações dos governos e da atuação da sociedade civil a partir da Constituição Federal de 1988, sobretudo do início do século XXI. Reforçaram a relevância de se aprofundar o conhecimento sobre a influência das alterações nos processos produtivos na dinâmica das doenças transmissíveis e não transmissíveis; e sobre como e por que a má qualidade da água para consumo humano, apesar do grande potencial hídrico da região amazônica, constitui um importante fator que condiciona a ocorrência de doenças infecciosas. Da mesma forma, sobre como a violência, o consumo de álcool, os conflitos agrários e questões particulares das diferentes culturas vem afetando as condições de vida, concorrendo, inclusive, para desfechos trágicos como homicídios e o aumento do suicídio nas populações indígenas - grande preocupação na região.

No que se refere ao planejamento governamental foram apresentadas recomendações para o aperfeiçoamento das práticas vigentes. Segundo os participantes, as distintas concepções de território ou unidades territoriais assumidas por diferentes setores dos governos na operacionalização de políticas públicas, a exemplo do meio ambiente, saúde, indústria, educação, devem ser cotejadas e harmonizadas, para um planejamento articulado e integrado das ações governamentais na região. Além disso, outra característica regional a ser considerada diz respeito às distâncias na Amazônia e à dinâmica sazonal dos rios, em sua repercussão nos ciclos de vida e em diferentes vivências do tempo. Neste sentido, foi destacado que “*temporalidade*” deve ser uma categoria central nas atividades de planejamento.

Como tarefa inadiável para apoiar um planejamento governamental articulado entres os países amazônicos, ressaltou-se a necessidade de uma análise dos processos saúde-doença e da organização do cuidado, em seus determinantes, nas dinâmicas sociais específicas das áreas de fronteiras geopolíticas da Amazônia.

Em relação à disseminação regional do conhecimento sobre a região, identificou-se a necessidade de divulgar estudos científicos para além dos muros

acadêmicos, de forma a que sejam apropriados por diferentes setores da sociedade e socialmente incorporados em processos de transformação da realidade. A criação de uma rede amazônica de colaboração entre diversos atores e instituições sobre os DSS foi enfatizada como uma grande oportunidade de fortalecer a região, além de aumentar a visibilidade das questões regionais que são “*invisíveis*” para uma grande parte do país.

Para finalizar essa síntese que, é importante mais uma vez salientar, não esgota a riqueza do tema e das contribuições reunidas no Seminário, cabe registrar que foram identificados nos Três Poderes da República, em instituições de ensino e pesquisa, na sociedade civil (movimentos, organizações não governamentais, setor privado), nas organizações indígenas, e em organismos internacionais atuantes na região, uma variedade de atores estratégicos para construir o futuro da saúde no território, respeitando sua diversidade.

Foge ao escopo deste trabalho detalhar os resultados alcançados na terceira etapa do projeto DGTS, correspondente aos Encontros realizados em cinco dos sete estados da região. No entanto, vale mencionar alguns problemas destacados por avançarem na descrição das situações apontadas.

A falta de acesso ou serviços precários de saneamento - em áreas alagadas, no meio rural, nas capitais, nas cidades, e dificuldades de provisão e atuação de serviços de saúde e sociais foram recorrentemente abordados. A questão do saneamento mobiliza população, profissionais da gestão setorial e pesquisadores nos estados, pela magnitude do impacto sobre a qualidade de vida e sobre a disseminação de doenças, especialmente as de veiculação hídrica e as transmitidas por vetores. Dificuldades relacionadas aos serviços de saúde foram atribuídas à descontinuidade das políticas e de programas governamentais que, não raro, resultam em desistência de tratamento de doenças pela população. O tratamento fora de domicílio para acesso a especialidades médicas e internações, em muitos lugares consiste no único recurso.

Além disso, o desequilíbrio nas relações intergovernamentais; relações intersetoriais não institucionalizadas; a alta rotatividade de secretários de saúde e de profissionais; “ingerências políticas” na implementação de políticas e ações; a falta de planejamento orientado a prevenção e cuidado de agravos decorrentes de instalações de grandes empreendimentos, condicionam a atuação do Sistema Único de Saúde, cuja melhoria requer a articulação intersetorial no planejamento e na gestão da saúde e o desenvolvimento de novos métodos, instrumentos e práticas de planejamento, estratégicos para assegurar a eficácia governamental. Nos debates ocorridos nos Encontros nos estados, a predominância de análises sobre o SUS, em seus limites e possibilidades, evidenciaram o quanto o sistema de saúde é entendido como determinante

social da saúde de extrema importância na região.

A alimentação e nutrição inadequadas, seja pelo consumo generalizado de alimentos industrializados, pelo desconhecimento e desvalorização do potencial nutritivo dos alimentos locais - que não chegam às redes de distribuição e comercialização de alimentos, pela falta de investimento na rica gastronomia local, agravadas pelas carências de toda ordem, geram situações síntese em que na mesma família convivam a obesidade e a desnutrição.

Os multifacetados contextos de violência, de desrespeito às especificidades culturais e étnicas, de mudanças nas formas de vida provocadas por projetos de “*desenvolvimento*”, foram apresentados como condicionantes de problemas relacionados à saúde mental, como depressão e suicídio. A violência nas fronteiras entre estados e entre estes e outros países do norte da América do Sul e o fluxo migratório motivado pela busca de atendimento, em ambos os sentidos, representam importantes situações que impactam a organização, os resultados e as condições necessárias para a efetividade da ação setorial de cuidado na região.

Também foram problematizados o consumo abusivo de medicamentos; informações insuficientes sobre a população negra; uso intensivo e exagerado de agrotóxicos; violência sexual masculina; estresse nos ambientes de trabalho e falta de espaços para a cidadania.

A valorização dos saberes dos povos originários e comunidades tradicionais e a incorporação de suas práticas, conhecimentos e demandas que se acumulam à ação setorial na construção de soluções para os problemas locais, emergiu como fator relevante para a produção social de saúde nos estados.

Como condicionantes de melhorias na saúde no período recente, os Encontros indicaram: o conhecimento científico acumulado, nacional e internacionalmente, sobre a região; experiências bem-sucedidas de articulação entre instituições públicas estaduais e municipais; a parceria entre gestão pública e universidade; políticas e programas federais adaptáveis aos contextos regional e local; o emprego de tecnologias de informação e comunicação para divulgação da informação em saúde; a qualificação da vigilância em saúde; a valorização da diversidade territorial, cultural e étnica pela sociedade. Por fim, vale ressaltar, que a articulação entre saúde e educação foi destacada como um importante passo para o desenvolvimento territorial, na avaliação dos atores locais.

Cabe registrar que em cada estado foi possível entrever realidades bastante distintas, expressivas do contexto histórico, geográfico, ambiental, cultural, ins-

titucional, governamental de suas sociedades. Assim, por exemplo, a violência e criminalidade na fronteira, ou a diversidade territorial e as grandes distâncias, ou a instalação de grandes empreendimentos, ou a falta de serviços de saneamento básico, ou ainda, as desigualdades em termos das condições de moradia e infraestrutura, ganharam diferentes ênfases e descreveram diferentes situações nas narrativas dos atores locais nos diferentes estados.

Como desfecho do Projeto DGTS, a equipe de coordenação técnica, fundamentada na jornada percorrida e no acúmulo de conhecimento adquirido, estabeleceu seis eixos temáticos como sugestão para a condução de futuras pesquisas e para a estruturação e planejamento da Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde da Região Norte, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Determinantes sociais da saúde na Região Norte segundo eixos temáticos

EIXOS	TEMAS
I. Produção social da saúde e da doença na Região Norte: dinâmicas territoriais, determinantes, desfechos na saúde e ações.	<ul style="list-style-type: none"> a) Modelos de desenvolvimento e o papel do SUS. b) Processos produtivos e dinâmicas de adoecimento. c) Fluxos migratórios e organização do sistema. d) Ocupação urbana e condições de vida. e) Mudanças climáticas, modificações ambientais e saúde. f) Exploração inadequada de recursos naturais e impactos no ambiente e na saúde. g) Violências e saúde pública. h) Transição nutricional na Amazônia e segurança alimentar. i) Saúde Mental e valorização da vida.
II. Políticas Públicas para o Desenvolvimento Local na Região: DSS, gestão pública e planejamento governamental.	<ul style="list-style-type: none"> a) Desenvolvimento econômico e social nos contextos locais e regional. b) Concepções de território nas políticas públicas e sua incorporação ao planejamento governamental. c) Determinantes Sociais da Saúde no Planejamento e Gestão Governamental. d) Geografia, distância e tempo no planejamento governamental. e) Políticas públicas nas fronteiras amazônicas. f) Saneamento Básico e qualidade de vida. g) Saúde Indígena e gestão municipal da diversidade cultural.
III. Produção de Conhecimento sobre DSS na Região Norte: combinando ciência e saberes tradicionais para a compreensão da diversidade regional e apoio à gestão governamental.	<ul style="list-style-type: none"> a) Heterogeneidade sociocultural e saúde na Amazônia. b) Diálogo entre conhecimentos e práticas em saúde de populações tradicionais e o SUS. c) Instituições de ensino/pesquisa na produção de respostas particulares aos problemas de saúde da região amazônica. d) Estado e sociedade na produção de evidências sobre os determinantes sociais da saúde.
IV. Promoção de vidas e territórios saudáveis: educação, trabalho e saúde de mãos dadas	<ul style="list-style-type: none"> a) Formação e condições de vida e trabalho do profissional de saúde. b) Educação e disseminação da perspectiva dos DSS na sociedade. c) Vigilância em Saúde e promoção de ambientes educacionais e de trabalho sensíveis à temática dos DSS.
V. Tecnologias de Informação e Comunicação: condição para o desenvolvimento e integração social da Região	<ul style="list-style-type: none"> a) TIC na disseminação de informação e no apoio tecnológico à assistência à saúde em localidades de difícil acesso. b) Sistemas de informação como suporte efetivo à produção de respostas sanitárias às particularidades regionais. c) Comunicação para redução de desigualdades regionais.
VI. Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: compromissos para um futuro mais saudável.	<ul style="list-style-type: none"> a) Atores estratégicos, governança territorial e gestão governamental e não governamental da saúde no território regional. b) Juventude, perspectiva de futuro e saúde: o envolvimento dos jovens na discussão sobre DSS.

Fonte: Relatório Técnico Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde (Fiocruz, 2020).

Discussão

A adoção da abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde desenvolvida proporcionou uma leitura coletiva do território regional que abarcou distintas e abrangentes dimensões, apontando um vasto repertório de situações a considerar para uma produção social de saúde orientada ao desenvolvimento territorial e a inovações na governança regional, constituindo importante subsídio para a formulação, implementação e gestão de políticas públicas e para o planejamento setorial da saúde na Região Norte.

Evidenciou a possibilidade de identificação de influências da ordem econômica mundial, de normas e compromissos internacionais, da atuação dos diferentes níveis de governo e da sociedade no território regional, das especificidades e singularidades culturais dos povos que lá habitam e das ações humanas, para compreender as dinâmicas que articulam, sintetizam essas interações ou se superpõe na produção de saúde e/ou doença.

A abordagem também facilitou uma compreensão mais profunda da produção social de saúde e doença no território, ao considerar os saberes e as narrativas dos diversos atores sociais e institucionais - locais, regionais ou globais - desenvolvidos ao longo de suas trajetórias na região.

Os resultados de sua aplicação revelaram a complexidade intrínseca à temática quando se direciona o olhar para contextos territoriais específicos, nos quais os processos econômicos, políticos, sociais, institucionais e culturais entrelaçam-se na trama social e influenciam os percursos dos diferentes atores locais na região, gerando impactos positivos e negativos nas condições de saúde individuais e comunitárias. Não fica dúvida de que é no território que as políticas públicas encontram a sociedade. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de se considerar nos projetos para o desenvolvimento regional, a harmonização entre políticas econômicas e sociais de forma a proteger o ambiente e os indivíduos dos efeitos prejudiciais de um desenvolvimento desequilibrado, que frequentemente resulta em doenças e disparidades no acesso à saúde.

Revelaram também as valiosas contribuições que o setor saúde, por meio de suas intervenções específicas, pode oferecer para promover territórios mais saudáveis. As experiências partilhadas evidenciaram que a gestão pública setorial pode desempenhar um papel crucial na compreensão das cadeias causais dos processos saúde-doença nos diferentes lugares, apoiando estudos sobre os determinantes sociais da saúde e envolvendo os atores locais em momentos estratégicos do planejamento institucional, como na realização de diagnósticos e na definição de prioridades. Ademais, demonstraram que a gestão pública pode contribuir para identificar atores estratégicos, facilitar articulações inter-

setoriais e intergovernamentais, e coordenar respostas governamentais e não governamentais que resultem em melhorias nas realidades sanitárias.

A produtiva interlocução estabelecida entre os participantes da academia, da gestão/administração pública e da sociedade, com seus diferentes conhecimentos e saberes, reforçou a viabilidade de parcerias colaborativas entre as instituições de ensino e pesquisa, as estruturas de gestão do SUS e organizações da sociedade, na produção, intercâmbio e administração de conhecimentos diferenciados que subsidiem as práticas de planejamento setorial, gestão e organização do cuidado à saúde. Os resultados indicaram a existência de um vasto patrimônio de ideias, conhecimentos e proposições na região que pode ser acionado na formação de redes colaborativas para a identificação e/ou aperfeiçoamento de políticas públicas que articulem intervenções sobre processos geradores de doenças e potencializem processos geradores de saúde.

É importante salientar um ponto crítico para qualificar iniciativas futuras similares: embora a metodologia tenha permitido um diálogo fluido, consistente e colaborativo entre atores sociais com diferentes inserções institucionais, é necessário adaptá-la para permitir um intercâmbio mais efetivo com a cultura indígena e de outras comunidades tradicionais, bem como, para incluir outros atores como os do setor privado e os estudantes secundaristas e universitários, a juventude portadora do futuro. Durante os eventos do projeto, a atuação institucional governamental foi frequentemente questionada pelos atores indígenas, pela falta de canais para a integração de sua sabedoria ancestral por meio de trocas de conhecimento eficazes e em formatos adequados para uma comunicação entre as duas culturas.

Por fim, cabe destacar que a necessidade de atualização das dinâmicas territoriais que influenciam os determinantes sociais da saúde e as políticas públicas se torna ainda mais premente com o advento da pandemia de Covid-19, e de outras emergências e desastres sanitários já previstos, considerando os contínuos processos de exploração e degradação de ecossistemas e as desafiantes e precárias condições de vida enfrentadas por parcelas significativas da população mundial, em contexto de agravamento de desigualdades históricas.

Considerações Finais

A formulação e implementação de uma abordagem territorial dos determinantes sociais da saúde na Região Norte, atenta às especificidades do contexto regional, forneceu lições para a construção de uma nova governança regional voltada para a produção social de saúde como elemento essencial para o desenvolvimento territorial. Dentre elas, destaca-se a importância de reformular

e fortalecer o planejamento governamental setorial, integrando neste espaço diferentes dimensões como a socioeconômica, histórico-cultural, ambiental, epidemiológica e sanitária. Além disso, é fundamental incluir as perspectivas e conhecimentos/saberes dos diferentes atores sociais e institucionais, nas análises da situação de saúde e das práticas setoriais. Isso contribui para melhor identificar os problemas locais, eleger prioridades e ressignificar os territórios de intervenção pública.

O aprendizado advindo deste projeto exploratório sobre as inter-relações entre os determinantes sociais da saúde, desenvolvimento e governança territorial enriquece metodologias inclusivas e responsivas de planejamento. Tais metodologias devem promover a transversalização das políticas públicas, tanto intra quanto intersetorialmente, superando o enfoque vertical tradicional e promovendo respostas governamentais e sociais integradas no território.

Um grande desafio para as inovações no planejamento setorial e na governança, exacerbado pela pandemia, será o de adaptar as práticas e métodos gerenciais correntes às tecnologias de informação e comunicação, rapidamente incorporadas à gestão governamental para lidar com as restrições impostas à mobilidade e às atividades presenciais, de forma equitativa no território nacional. Dada a diversidade de situações de gestão pública nos estados e municípios, a ação estatal (políticas e programas), em suas interações com a sociedade civil, precisa enfrentar, com qualidade técnica, consciência de suas ambiguidades e iniquidades, e uma perspectiva republicana, o pluralismo tecnológico, em um cenário onde a escala virtual se torna cada vez mais proeminente.

Outro desafio é a abertura institucional efetiva ao diálogo com outros saberes/conhecimentos. A cosmopolítica dos povos tradicionais deve ser considerada não somente para resolver problemas ambientais e de saúde, mas nas definições quanto ao futuro do território e ao “desenvolvimento” que se almeja alcançar. É uma condição de sobrevivência da humanidade no cenário pós-pandêmico. A pandemia imbricou indelevelmente biologia, economia, sociedade, cultura e política.

Considerando a multiescalaridade da ação pública, a multidimensionalidade dos determinantes sociais da saúde e a complexificação da agenda política da saúde pública trazida pela Covid-19, fica como convite à reflexão, para o aprofundamento da temática tratada no artigo, a recente caracterização, pelo geógrafo Ivaldo Lima, da geopolítica global atual:

“O desenho da geopolítica global, da globalização epidemiológica atual, é um complexo emaranhado de linhas de tensão marcado por nítida capilaridade. Ainda que as metrópoles sejam os nós mais evidentes, porque aqueles

qualitativamente mais afetados, uma miríade de outros nós – cidades pequenas, médias grandes, povoados e área rural – compõem as extremidades reflexas da pandemia. Uma capilaridade originada, por fluxos e contrafluxos, da contraposição de dois polos: i) o da sensibilidade geopolítica embrutecida pela razão de Estado e de suas decisões; e, ii) aquele dos corpos sensíveis alentados pela esperança de constituírem uma sociedade decente. Convocando-se mutuamente, esses polos geram um extraordinário campo de forças sociopolíticas. Entre a lógica da promoção de resultados, na visão instrumental e dominadora do primeiro polo, e a lógica civilizacional e emancipatória do segundo, forja-se o entrechoque e a disputa de imaginários sociopolíticos que denomino de geopolítica dos corpos sensíveis” (LIMA, 2022).

Que novas articulações e projetos para reinventar o mundo, movidos por sujeitos corporificados territorializados, como define o autor, assumam como imperativo ético e objetivo final uma produção social de saúde justa, de alcance universal e guiada pela geografia das existências.

Referências Bibliográficas

ABRAMOVAY, R. Para uma teoria dos estudos territoriais. In: VIEIRA, P.H (Org.). **Desenvolvimento territorial sustentável no Brasil: subsídios para uma política de fomento**. 1. ed. Florianópolis: Editora APED/Secco, 2010. p. 27-47.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2008-2011: projeto de lei. Brasília, DF, 2007**. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2008-2011/081015_ppa_2008_mespres.pdf. Acesso em: jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde,**

a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRANDÃO, C.A. **As principais determinações da dimensão espacial do desenvolvimento capitalista.** In: Território & desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007, p. 57-88.

CASTRO, M.F.; CARVALHO M.I. **Globalização e transformações políticas recentes no Brasil: os anos 1990.** Rev. Sociol. Polít., 2002, n.18, p.109-129.

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CONSEJO CIENTÍFICO DEL CLAD. La responsabilización (“accountability”) en la nueva gestión pública Latinoamericana. **In: La responsabilización (“accountability”) en la nueva gestión pública Latinoamericana.** Caracas, Editora CLAD, 2000, p.346.

DALLABRIDA, V. R. **Governança territorial: a densidade institucional e o capital social no processo de gestão do desenvolvimento territorial.** In: III Seminário Internacional Sobre Desenvolvimento Regional, 2006, Santa Cruz do Sul. Anais: EDUNISC, 2006. v. 1, p. 1-19. Disponível em: <https://www.unisc.br/site/sidr/2006/textos3/04.pdf>. Acesso em: fev. 2022.

DASI, J. F. **Gobernanza territorial para el desarrollo sostenible: Estado de la cuestión y agenda.** Boletín de la A.G.E, n. 46, 2008. Disponível em: <http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0563/Gobernanza.pdf>.

DELGADO, N. G.; BONNAL, P.; LEITE, S. P. **Desenvolvimento territorial: Articulação de políticas públicas e atores sociais.** Rio de Janeiro: OPPA/CPDA/UFRRJ, 2007. Disponível em: http://oppa.net.br/acervo/publicacoes/IIICA-OPPA-Desenvolvimento_territorial-Articulacao_de_politicas_publicas_e_atores_sociais.pdf.

DIAS, R. C.; SEIXAS, P. C. **Territorialização de políticas públicas, processo ou abordagem?** Revista Portuguesa de Estudos Regionais, n. 55, p. 47-60, 2020.

FARI, T. J. **Políticas públicas e (in)justiça socioespacial nas favelas do Rio de Janeiro, no contexto da organização dos mega-eventos esportivos.** Anais do XV ENANPUR, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: <http://anais.anpur.org.br/index.php/anaisenanpur/article/view/59/57>.

FERRÃO, J. **Governança e ordenamento do território. Reflexões para uma governança territorial eficiente, justa e democrática.** Prospectiva e Planejamento, v. 17, p. 130-139, 2010. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/11/governanca_ordenamento_territorio.pdf.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório técnico Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde.** Rio de Janeiro, 2020, p. 137.

FIORI, J. L. O federalismo diante do desafio da globalização. In: AFFONSO, R. B.; SILVA, P. L. (Org.). **A federação em perspectiva.** São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 19-38.

FRIDMAN, L. C. **Vertigens pós-modernas. Configurações institucionais contemporâneas.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2014.

GEHLEN, I.; RIELLA, A. **Dinâmicas territoriais e desenvolvimento sustentável.** Sociologias, n. 11, pp. 20-26, 2004.

GÓMEZ, J. M. **Política e democracia em tempos de globalização.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

HARVEY, D. **O novo imperialismo.** São Paulo: Edições Loyola, 8. ed., p. 77-114, 2014.

IANNI, A.; RIBEIRO, P. **Advancements in social sciences applied to health in Latin America and the Caribbean.** Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. Retrieved, 2022.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Governança territorial e desenvolvimento: as experiências de descentralização político-administrativa no Brasil como exemplos de institucionalização de novas escalas territoriais de governança.** In: I Circuito de Debates Acadêmicos - CODE. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area7/area-7-artigo11.pdf. Acesso em: mar. 2022.

KADRI, M. R.; TOBIAS, R.; SCHWEICKARDT, J. C. **Território e políticas públicas na Amazônia: diálogos necessários.** In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde

na Região Norte. Manaus, 2017, p. 1-74.

KLIKSBERG, B. **Repensando o estado para o desenvolvimento social: superando dogmas e convencionalismos.** São Paulo: Cortez, v. 64, 1998.

KNOPP, G.; ALCOFORADO, F. **Governança social, intersetorialidade e territorialidade em políticas públicas: o caso da Oscip Centro Mineiro De Alianças Intersectoriais.** III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_29/governanca%20social_intersectorialidade_e_territorialidade_em_politicas_publicas_o_caso_da_oscip_centro_mineiro_de_aliancas_intersectoriais.pdf.

KRIEGER, N. **Glossário de epidemiologia social.** Rev. Panam Salud Publica, (11): 480-490, 2022.

KRIEGER, N. **Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective.** International Journal of Epidemiology, 2001, v. 30, p. 668-677.

LAURELL, AC. **El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina.** Cuadernos Médico Sociales, n. 37, setembro de 1986.

LAURELL, AC. **La salud-enfermedad como proceso social.** Revista Latinoamericana de Salud, México, 1982, v. 2, pp. 7-25.

LIMA, I. **A condição geopolítica dos corpos sensíveis.** Disponível em: <https://paisagenshibridas.eba.ufrjbr/2020/04/01/a-condicao-geopolitica-dos-corpos-sensiveis/#:~:text=A%20geopol%C3%ADtica%20dos%20corpos%20sens%C3%ADveis,corpos%20podem%20e%20devem%20existir>.

LIMA, I. **A complexidade da justiça territorial.** Ensaios De Geografia, 2015, 4(7), 50-70. Disponível em: https://periodicos.uff.br/ensaios_posgeo/article/view/36283.

LIMA, I. G. **Dinâmica econômica da Amazônia ocidental: governança territorial como estratégia e justiça territorial como horizonte.** In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte. Manaus, 2017, p. 1-52.

MASSEY, D. B. **Pelo espaço: uma nova política da espacialidade.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MONTEIRO, N.; Aristides, C; Marco Aurélio, R; Guilherme, M; Mendes, C. C;

Galindo, E. **Desenvolvimento territorial no Brasil: reflexões sobre políticas e instrumentos no período recente e propostas de aperfeiçoamento.** In: Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas. Rio de Janeiro: Ipea, 2017, p 37-64. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8993/1/Desenvolvimento%20territorial.pdf>.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica.** Washington, DC: OPS, 2015.

ORELLANA, J. D. **Determinantes sociais críticos na Região Norte: terra, território, violências, estado nutricional e segurança alimentar.** In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte. Manaus, 2017, p. 1-74.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Summary of experiences from the Americas.** Washington, DC: PAHO, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/health-promotion-2013-8th-global-conference-summary-of-experiences-from-the-americas.pdf>.

PAHO- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health in all policies: Case studies from the Region of the Americas.** Washington, DC: PAHO, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Case-Studies-from-the-Americas-ENG.pdf>.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: A agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

RIBEIRO, P. T. **Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade.** Cien Saude Colet, 2007, v. 12, n 6, p. 1525-1532.

RIBEIRO, P. T; CASTRO, L. **Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva.** Saúde em Debate, 2019, v. 43, n.7, pp. 165-178.

RIBEIRO, P. T; TANAKA, O. Y; DENIS, J. L. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2017, v. 22, n. 4, p. 1075-1084.

SAN PEDRO, A; TAVARES, P. R. **Produção do conhecimento na Região Norte: grupos da pesquisa.** In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte. Manaus, 2017, p. 1-25.

SANTOS, M. O. **Dinheiro e o Território**. GEOgraphia, 1999, 1(1), 7-13.

SANTOS, M. **O retorno do território**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>.

SARAGOUSSI, M. **As fronteiras da Amazonia: histórias que o rio conta**. In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte. Manaus, 2017. p. 1-64.

SCHNEIDER, S. **A abordagem territorial do desenvolvimento rural e suas articulações externas**. Sociologias, 2004, n. 11, pp. 88-125.

SILVA, S. P. **A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre Estado e Sociedade no Brasil**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania. São Paulo, 2012, v.17, n.60, p.148-168.

SORJ, B. **A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

SOUZA, E. M. **Diversidade cultural e fronteiras de vida na Amazônia no contexto do Sistema Único de Saúde: heterogeneidade sociocultural na universalidade do atendimento do SUS**. In: Seminário Internacional Desenvolvimento, Governança Territorial e Saúde: Determinantes Sociais da Saúde na Região Norte. Manaus, 2017, p. 1-49.

TORRES, M. D. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

UN - UNITED NATIONS. **Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP)**. What is good Governance 2009. Disponível em: <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.asp>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. **Collective Health: Theory and Practice. Innovations From Latin America**. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health, 2021.

WORLD BANK. **Governance and development**. Washington: World Bank; 1992.

CAPÍTULO 2:

A Experiência da Planificação da Atenção à Saúde no Cenário da Amazônia Legal: avanços e desafios

*Emanuela Brasileiro de Medeiros
Valmir Vanderlei Gomes Filho
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Rebecca Cabral de Figueirêdo Gomes Pereira
Francisco Timbó de Paiva Neto
Ana Cláudia Pereira da Paz
Marcio Paresque
Ilana Eshriqui*

Introdução

A superação dos padrões de iniquidade no contexto em que o Sistema Único do Saúde (SUS) se insere é um dos desafios para ampliação do acesso à saúde no território da Amazônia Legal e no Brasil. Desigualdades tanto sanitárias quanto socioeconômicas apresentam forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas que identifiquem necessidades da população do ponto de vista regional nas várias áreas, para além da saúde (BARATA, 2009). Ações que combatam esse cenário devem ser estrategicamente delineadas e operacionalizadas.

Neste capítulo, apresenta-se a experiência da operacionalização da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e executada pelo Hospital Israelita Albert Einstein e inserida em uma agenda mais ampla do Governo Federal. Tal

metodologia é marcada pela característica da Educação Permanente em Saúde e apresenta uma dinâmica onde seu principal objetivo é a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) integrando e articulando os pontos de atenção, à luz de estratégias de combinação e organização dos processos de trabalho (PAIVA NETO *et al.*, 2020; MENDES, 2011). A PAS é executada em grande parte do território da Amazônia Legal, por meio de dois projetos chamados “A organização da atenção Ambulatorial Especializada em rede com a Atenção Primária à Saúde” mais conhecido como PlanificaSUS e o projeto “Saúde Mental na APS”, ambos desenvolvidos via programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

As particularidades da região da Amazônia Legal trazem desafios em termos do fortalecimento das RAS, da integração nacional no contexto sanitário e até da integração do Brasil com outros países, face à extensa área de fronteiras e à multiplicidade de interesses e organizações presentes na região. A discussão empreendida neste capítulo se orienta pelas seguintes questões: Como desenvolver a metodologia da PAS para o fortalecimento das RAS considerando os desafios e potencialidades do cenário da Amazônia Legal? Como abordar a complexidade e diversidade das situações socioespaciais existentes nesse contexto?

Caracterização da Macrorregião Amazônia Legal

O conceito Amazônia Legal foi criado com o objetivo de planejar e promover desenvolvimento social e econômico dos estados da região amazônica (MARTA JÚNIOR *et al.*, 2011). O território da Amazônia Legal foi determinado com base em parâmetros sociopolíticos e geográficos e não pelo bioma, abrangendo áreas de cerrado e pantanal. A região é composta pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, totalizando 5,1 milhões de km² e contemplando 59,1% do território nacional, conforme SUDAM, 2020.

A Amazônia não é só brasileira. O cenário da Amazônia Legal abrange as áreas amazônicas de países como Colômbia, Peru, Venezuela, Equador, Bolívia, as Guianas e o Suriname. No entanto, a maior porção de seu território se apresenta no Brasil (PIERANTE *et al.*, 2012). O Estado do Amazonas faz fronteira com Peru, Venezuela e Colômbia; o Estado do Acre faz fronteira com a Bolívia e Peru; Rondônia e Mato Grosso com a Bolívia; o Estado de Roraima faz fronteira com a Venezuela e a Guiana; o Pará faz fronteira com Guiana e Suriname; e o Estado do Amapá faz fronteira com Suriname e França.

De acordo com o IBGE, a população da Amazônia Legal aumentou de 7,13

milhões em 1970 para 28,11 milhões de habitantes em 2020, representando 13,3% da população brasileira. A densidade demográfica na região passou de 1,42 habitante por km² em 1970 para 5,60 habitantes por km² em 2020 (BRASIL, 2010). Atualmente, cerca de 180 povos indígenas, com uma população de aproximadamente 306 mil indivíduos, além de 1.206 comunidades remanescentes de quilombolas e milhares de comunidades de seringueiros, ribeirinhos, pescadores ou babaqueiros vivem na Amazônia, SUDAM 2020.

No que se refere à ocupação do solo, 69,6% são áreas de florestas úmidas e 7,4% envolvem florestas secas, inundáveis e de transição. Outros 6,2% são campos e savanas e 1,3% corpos d'água naturais e artificiais. Grande parte do restante dessa paisagem engloba 15,3% de áreas onde há agricultura e/ou pastagens e apenas 0,05% de áreas urbanizadas (MIRANDA *et al.*, 2010).

A dinâmica territorial atual possui fortes características da tríade pecuária-desflorestamento-madeira, além de apresentar conflitos sociais, extração ilegal da madeira, queimadas e grilagem de terras (ARAGÃO *et al.*, 2020; SANTOS, 1999). Tais processos, muitas vezes, tendem a desapropriar populações, levando ao aumento das migrações intrarregionais e ampliação das áreas periféricas das cidades, muitas vezes não apresentando cobertura de serviços básicos como unidades de saúde ou escolas, dando origem aos espaços de baixo dinamismo econômico, sem atrativos a projetos corporativos.

Pressões nacionais e internacionais levam ao fortalecimento do movimento ambientalista preservacionista e à criação de programas de proteção ambiental, disseminando-se o conflito entre os projetos desenvolvimentistas e os de preservação, com retração dos primeiros (BECKER, 2005).

Considerando o cenário, a Amazônia Legal é uma região onde os seguintes desafios para implantação de políticas públicas são destacados: diversidade populacional, grandes distâncias territoriais, grandes dimensões de área alagada, baixa densidade populacional, ampla região fronteiriça com diversos países, além da disputa de interesse entre os projetos ambientais para a região. Diante do exposto, ao longo da próxima seção será destacada a situação epidemiológica da região e os seus desafios para a redução da mortalidade materna e infantil.

O Sistema Único de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde no contexto da Amazônia Legal

Atualmente na Amazônia Legal, o perfil em relação à carga de doenças é similar ao brasileiro, com maior evidência da carga tripla que o caracteriza. Ao contrário do senso comum, predominam doenças crônico-degenerativas, rela-

cionadas ao envelhecimento da população e a hábitos de vida e alimentação de sociedades urbanizadas contemporâneas, em consonância com o perfil médio brasileiro e de outras partes do mundo. Essa tendência é observada tanto nas capitais como no interior (INHUDES *et al.*, 2022).

Apesar do cenário epidemiológico de predominância das condições crônicas, propostas de intervenções na realidade macrorregional que considerem particularidades das regiões bem como as necessidades de sua população adstrita, comum nas políticas de desenvolvimento, infraestrutura e meio ambiente, ainda não são predominantes na saúde. Além disso, há limitações da regionalização na trajetória da descentralização em saúde, assim como as peculiaridades da dinâmica da Amazônia Legal, pode-se dizer que a implantação de ações desenvolvidas a partir das necessidades locais representaria um processo complexo e uma inovação importante no âmbito do SUS e das RAS (KADRI, FREITAS, 2021).

Na Amazônia Legal, encontram-se municípios com baixa concentração de atividades econômicas e arrecadação municipal o que gera a dependência dos recursos federais e estaduais para investimentos nos serviços de saúde (KADRI, FREITAS, 2021). Observa-se carência de serviços, infraestrutura, programas e financiamento. Além da dificuldade de possuírem instituições formadoras, os municípios têm dificuldades de atrair e fixar profissionais. Nessa situação, é frequente o encaminhamento de pessoas para tratamento em outros municípios, inclusive de Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em soluções onerosas. Além disso, a grande precariedade das redes de transporte e comunicação dificulta a mobilidade da população para o atendimento (COSTA *et al.*, 2021), especialmente com relação aos serviços de média e alta complexidade.

Em resposta a esse cenário, espera-se que o sistema de saúde module seus serviços de forma a melhorar a resposta às condições crônicas em toda a RAS. O Decreto nº 7508/ 2011 deve ser considerado como um dos principais norteadores para o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, com foco para a organização da RAS no contexto regional. Neste documento, pode-se identificar a normatização das comissões intergestoras. Chama a atenção para a competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com relação à responsabilidade de pactuação das diretrizes nacionais, financiamento e questões operacionais das áreas fronteiriças (BRASIL, 2011).

O desenho da RAS prevê a APS como primeiro contato preferencial, organizadora da rede e coordenadora do cuidado. Ressalta-se que na região da Amazônia Legal, com exceção do Pará, todos os estados têm cobertura superior à média nacional (63,6%). Dois estados se destacam nesse quesito: Tocantins, com cobertura superior a 90%, e Maranhão, cuja cobertura supera 85% (BNDS, 2022).

Com a implementação de algumas políticas nacionais atreladas a incentivos financeiros federais, foi possível adequar equipamentos de saúde como as unidades básicas de saúde fluviais, que são equipamentos necessários para ampliar o acesso da população ribeirinha da Amazônia Legal à APS e as ambulâncias, que constituem a Rede de Urgência e Emergência. A partir desses exemplos, pode-se observar a potencialidade do SUS na adequação das suas políticas para responder as demandas da população, como é o caso da população ribeirinha, pescadores e pescadoras e outras populações que se encontram isoladas devido às grandes distâncias e às áreas alagadas.

Ao analisar o cuidado à saúde da criança e a dinâmica de ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família na região, observa-se queda significativa do índice de mortalidade infantil entre 2000 e 2010, seguida de redução mais tímida na década seguinte. Embora haja grande heterogeneidade entre os estados, a desigualdade tem sido reduzida, especialmente na última década. Por outro lado, verifica-se o retorno do aumento da mortalidade infantil em Roraima e no Amazonas entre 2010 e 2019, contrariando a tendência da região como um todo (BNDS, 2022). Em 2020 identificou-se que a região ainda permanece com marcadores elevados em relação ao restante das regiões do país. Os estados do Amapá, Acre e Roraima concentraram 68,7% dos óbitos de crianças menores de um ano ocorridos. Nesse contexto, a taxa de mortalidade infantil na Amazônia Legal em 2020 variou entre 19,2% e 10,6% e os estados do Mato Grosso, Amazonas, Rondônia, Tocantins e Maranhão foram os estados que apresentaram taxas inferiores (AMAZÔNIA LEGAL EM DADOS, 2023).

Considerando a necessidade de fortalecimento da atenção à saúde materno-infantil em especial, destaca-se o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, que se trata de um compromisso do Governo Federal para acelerar a redução das desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal. A proposta era reduzir em, no mínimo, 5% ao ano a mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade), especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido), nos anos de 2009 e 2010.

Diante do cenário desafiador que é desenvolver ações e qualificar processos de saúde no cenário da Amazônia Legal, acrescentando ainda aspectos como a diversidade de estratégias de operacionalização, fragilidade dos instrumentos de gestão, pouca cultura de planejamento, dificuldade na regulação do setor privado contratado, subfinanciamento, além de ausência de mecanismos de coordenação regional que garantam juridicamente as pactuações (COSTA *et al.*, 2021; KADRI, FREITAS, 2021; ARAGÃO *et al.*, 2020) identifica-se a necessidade de descrever experiências desenvolvidas neste contexto. Além disso, também é importante salientar a escassez de trabalhos

que considerem especificamente o contexto da Amazônia Legal na perspectiva da organização e fortalecimento das RAS.

Nesta perspectiva, este capítulo possui como objetivo descrever a experiência de implantação da PAS nas regiões de saúde da Amazônia Legal participantes dos projetos PlanificaSUS e Saúde Mental na APS, destacando as potencialidades e desafios de cada cenário a fim de apresentar perspectivas futuras.

Cenário da Experiência

A presente experiência ocorre em 10 regiões de saúde localizadas na área da Amazônia Legal, que executam a metodologia da PAS, sendo que sete regiões compõem o projeto PlanificaSUS desde 2019 e três o projeto Saúde mental na APS desde 2022. O quadro abaixo apresenta as regiões de saúde e suas características.

Quadro 1. Características das regiões de saúde estudadas na Amazônia, 2023.

REGIÃO DE SAÚDE (UF)	Nº DE MUNICÍPIOS	Nº DE HABITANTES (2012) ¹	COBERTURA APS (%) (2012) ¹	IDH (2010) ²	Nº DE ÓBITOS MATERNOS (2020) ³	Nº DE NASCIDOS VIVOS (2020) ³
Madeira Mamoré (RO)	5	538.239	56,5	0,690	9	9.637
Café (RO)	6	162.125	54,1		3	2.552
Cone Sul (RO)	7	140.227	66,3		2	2.402
Centro Norte (RR)	9	393.427	57,3	0,707	17	12.166
Baixo Acre e Purus (AC)	11	492.773	75,8	0,663	3	8.762
Baixo Amazonas (AM)	5	220.363	63,4	0,674	2	4.680
Rio Caetés (PA)	16	496.804	66,8	0,646	4	8.093
São João dos Patos (MA)	15	236.199	95,2	0,639	5	3.418
Caxias (MA)	7	292.197	83,5		4	4.574
Sul Mato-grossense (MT)	19	466.567	63,4	0,725	4	8.477

Fonte: Os Autores.

1 - Tabnet 2012 - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2012/cnv/pactac.def>

2 - IBGE 2010 - <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/pesquisa/37/30255>; IDH dos estados.

3 - Painel Integrado de Vigilância em Saúde (MS) - <http://plataforma.saude.gov.br/mortalidade/materna/>

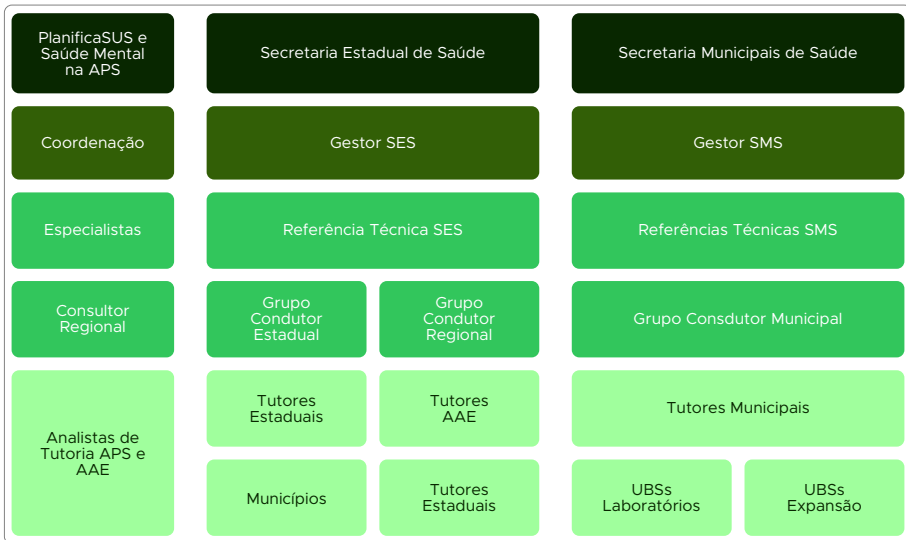
A PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na organização de RAS. Por meio dela, permite-se desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O projeto Saúde mental na APS objetiva organizar a linha de cuidado em Saúde mental na APS. No escopo do PlanificaSUS, executado com o objetivo implantar a PAS como metodologia para organizar a AAE em rede com a APS, os estados devem definir a linha de cuidado priorizada para organização da RAS. Na região da Amazônia Legal, os sete estados definiram como prioritária a Linha de Cuidado Materno Infantil. O PlanificaSUS disponibiliza nota técnica para organização do cuidado a saúde da mulher na gestação parto e puerpério, e saúde da Criança de 0 a 5 anos. Esses instrumentos foram estruturados em consonância com MACC e oferecem elementos para o conhecimento da população com condição crônica, estratificação de risco, dimensionamento da necessidade de saúde, mapeamento dos fluxos e processos de cuidado, algoritmos de manejos específicos, parâmetros para a gestão da condição de saúde na APS e AAE, critérios para o compartilhamento do cuidado, marcadores de estabilização clínica funcional e indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Sociedades Científicas. Entre estes sete estados da região da Amazônia Legal, 6 utilizam a nota técnica disponibilizada pelo PlanificaSUS para organização da atenção materno-infantil entre a APS e a AAE. Destaca-se ainda que entre os 100 municípios que compõe as 10 regiões discutidas neste capítulo, 10 apresentam áreas de fronteira.

Atores Estratégicos

Diversos atores e áreas do conhecimento são integrados, cada um com particularidades em relação às suas atribuições, a fim de implantar a PAS em determinada Região de Saúde. A Figura 1 apresenta a configuração adotada para a execução da PAS.

Figura 1: Organização dos atores envolvidos nos projetos PlanificaSUS e Saúde Mental na APS.



OSSES: Secretaria de Estado da Saúde; **SMS:** Secretaria Municipal da Saúde; **APS:** Atenção Primária à Saúde; **AAE:** Atenção Ambulatorial Especializada; **MACC:** Modelo de Atenção às Condições Crônicas; **UBS:** Unidade Básica de Saúde.

Fonte: Da pesquisa

O papel de referência técnica estadual é assumido por um profissional definido pelo Secretário(a) de Estado da Saúde para atuar como referência para a instituição executora dos projetos, a própria SES, o CONASS e as SMS das regiões envolvidas, com a responsabilidade de liderar o planejamento, execução, monitoramento e controle da PAS no estado. A referência técnica municipal atua diretamente nas atividades relacionadas ao monitoramento do processo de tutoria nas unidades de saúde municipais, bem como deve ser referência para o processo de expansão da PAS na APS do município. O tutor é um ator estratégico no processo de tutoria, que desenvolve um trabalho educacional, utilizando a estratégia de “fazer junto”. A seleção de tutores para composição dos times é guiada pelo papel a ser desenvolvido, considerando-se tutores de unidades de saúde, que interagem diretamente com os profissionais, desenvolvendo um trabalho educacional e de intervenção na realidade; e tutores que atuam em âmbito estadual e regional, representando referências para o desenvolvimento e atuação dos tutores de unidades e para discussão das pautas referentes aos processos de tutoria junto à gestão.

Além da equipe dos estados e municípios, participam do processo consultores externos. Nesta perspectiva, considera-se um consultor em gestão para cada UF e pelo menos analista de tutoria de APS e um analista de tutoria de AAE (no caso do PlanificaSUS) por região de saúde. O número de analistas de tutoria para a APS em cada região pode variar de acordo com o número de municípios que compõem a região e, conseqüentemente, o número de tutores vinculados ao consultor externo.

Dentro da composição e atuação desse time nas regiões consideradas, destacam-se desafios com relação ao perfil de tutores das unidades de saúde, por frequentemente não atender o perfil recomendado e à alta rotatividade de atores estratégicos, sejam referências técnicas estaduais, municipais ou mesmo tutores dos serviços. Um dos fatores que se alinha a essa questão é a baixa disponibilidade de profissionais da saúde na região amazônica, situação já verificada por outros estudos que destacaram a necessidade de políticas de saúde e práticas focadas no provimento e fixação dos profissionais (SCHWEICKARDT, 2020).

Diante dessa situação, como estratégia para desenvolvimento das competências necessárias para as funções de referência técnica e tutor, a instituição executora dos projetos PlanificaSUS e Saúde Mental na APS disponibiliza cursos de atualização autoinstrucionais em plataforma virtual, no sentido da democratização do conhecimento. Os cursos, assim como materiais disponibilizados na biblioteca virtual da plataforma e-Planifica e oficinas de alinhamento teórico-conceitual, fazem parte do plano de desenvolvimento de todos os atores estratégicos a fim de somar esforços para a organização das RAS.

Algumas experiências demonstram o aprimoramento do papel das referências técnicas na condução da PAS. Destaca-se que o protagonismo destes atores contribui para a sustentabilidade e institucionalização da PAS, apontando para a imagem-objetivo do desenvolvimento de elementos de uma governança em rede (MENDES, 2019). No entanto, em alguns casos, observa-se tendência de centralização do processo nas referências técnicas, implicando em limitações na comunicação com os municípios, unidades de saúde ou outros setores das secretarias de saúde. Diferentes variáveis podem ser consideradas na análise dessa tendência, como por exemplo a insuficiência de técnicos das secretarias de saúde e baixo engajamento devido ao acúmulo de funções.

Unidades laboratório

O trabalho de organização dos processos inicia-se com a escolha de unidades laboratórios que são aquelas onde serão implantadas as mudanças estruturais e processuais com a participação do tutor. As unidades laboratórios

cumprem duas funções principais. A primeira é de gerar, a partir da metodologia aqui proposta, um padrão customizado dos processos para a realidade do local em que se trabalha. A segunda é tornar-se um ponto de visita para as demais unidades acenando que a proposta da PAS é viável na realidade específica daquele local. Em todas as circunstâncias, começa-se o trabalho com uma unidade laboratório. Em municípios grandes, onde haja regionais ou distritos sanitários, num segundo momento, devem ser estabelecidas unidades laboratório em cada região ou distrito.

[...]Alguns critérios devem ser obedecidos para a escolha das unidades laboratório: ser uma unidade de ESF, com equipe completa; ter uma relação adequada de população por equipe (em torno de 3.500 pessoas por equipe); ter um gerente com capacidade de liderança; ter NASF; ter condições adequadas de infraestrutura; e ter um espaço próprio ou comunitário para atividades de grupo (MENDES *et al.*, p. 78).[1]

Foram definidas 113 Unidades Básicas de Saúde para serem unidades laboratório nas dez regiões de saúde. Ressalta-se que a maioria das unidades não atendem os critérios de estrutura física e recursos humanos previstos pela Política Nacional de Atenção Básica. Com o estímulo à organização dos processos, são geradas evidências para os profissionais pautarem a gestão para a complementação dos membros da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família. Conforme citado anteriormente, as unidades laboratório são referências para as 480 Unidades Básicas que compõem o ciclo de expansão atual (Quadro 2).

Quadro 2. Abrangência das experiências segundo cadastro de atores e serviços no ePlanifica, Amazônia, 2023.

REGIÃO (UF)	PROJETO	Nº UNIDADES APS NA PAS (%)	Nº DE UNIDADES AAE	Nº DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS	Nº DE TUTORES	Nº DE PROFISSIONAIS APS (%)A
Madeira Mamoré (RO)	PlanificaSUS	9 (16%)	1	8	23	461 (100%)
Café (RO)	Saúde Mental na APS	22 (85%)	0	12	27	494 (75%)
Cone Sul (RO)	Saúde Mental na APS	24 (77%)	0	12	28	598 (77%)
Centro Norte (RR)	PlanificaSUS	54 (73%)	1	10	96	1572 (85%)
Baixo Acre e Purus (AC)	PlanificaSUS	34 (30%)	1	11	63	922 (86%)
Baixo Amazonas (AM)	PlanificaSUS	26 (51%)	3	5	33	1026 (65%)
Rio Caetés (PA)	PlanificaSUS	24 (14%)	1	14	28	441 (94%)
São João dos Patos (MA)	PlanificaSUS	81 (76%)	1	16	86	1316 (98%)
Caxias (MA)	Saúde Mental na APS	59 (74%)	0	14	68	1594 (81%)
Sul Mato-grossense (MT)	PlanificaSUS	147 (94%)	1	21	33	2765 (94%)

Fonte: ePlanifica; aCNESS.

A recomendação do PlanificaSUS para a definição das unidades laboratório da AAE é que o estado identifique e defina a unidade ambulatorial de referência para a linha de cuidado materno-infantil na região. A partir da identificação dos serviços que tenham esse perfil, o estado pactua com os municípios a escolha de qual dos serviços passará a ter os processos organizados em conformidade com o MACC e em rede com a APS. Atualmente, o PlanificaSUS na Amazônia Legal trabalha com dois ambulatorios que atuam como referência para todas as regiões de saúde do estado, três de abrangência regional e um ambulatorio que trabalha como referência apenas para o município onde está sediado.

A sétima região de saúde refere-se à região do Baixo Amazonas (AM), que se encontra em fase de estruturação da AAE. Devido às grandes distâncias entre os municípios e às áreas alagadas nessa região de saúde, que provocam isolamento de alguns grupos populacionais a identificação de um serviço ambulatorial que segue a orientação de abrangência regional precisou ser repensada. Além disso, foram experimentadas divergências, disputas e fragilidades na articulação entre os diferentes entes federativos envolvidos para a definição da unidade ambulatorial na região. A solução encontrada foi desconsiderar a economia de escala, um dos fundamentos para a organização da RAS, e eleger mais de um ambulatorio para assegurar o acesso de gestantes e crianças de alto risco a AAE. Na medida que o desenvolvimento das ações do PlanificaSUS ocorreram, percebeu-se que em cada um dos municípios que compõem a região de saúde, já existiam algumas práticas e elementos da AAE, tais como uma equipe multiprofissional, centro de atendimento materno infantil e até mesmo um hospital municipal, mesmo que ainda com características do modelo silos, caracterizado por ser fragmentado, sem uma diretriz clínica definida, e diversas oportunidades de melhoria quanto à comunicação e integração entre a APS e AAE (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRA-ELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Esses desdobramentos também vão ao encontro dos achados de Viana *et al.* (2007). No estudo sobre os desafios da regionalização na Amazônia Legal, os autores identificaram baixa capacidade de articulação para a construção de uma política regional entre os secretários municipais e estaduais de saúde e do conhecimento da política nacional por esses atores, somando as desigualdades sociais e os conflitos de interesses também como elementos para a institucionalidade da política nesse cenário.

Governança

Para execução da PAS recomenda-se a instituição de um Grupo Condutor Estadual (GCE), uma instância colegiada de articulação e negociação responsável pelo planejamento, pelo monitoramento e pelo controle da PAS nas regiões

e pela interlocução com os atores envolvidos. Para sua constituição, devem-se considerar as funções estratégica e operacional, visando a otimização dos resultados e o melhor direcionamento dos atores envolvidos. Assim, as demandas referentes à deliberação com a gestão maior são consideradas como finalidade estratégica e estão sob a condução da referência técnica estadual, a qual cabe realizar os encaminhamentos necessários. Já as demandas que dizem respeito à execução da PAS e as articulações necessárias em âmbito territorial possuem caráter operacional e devem, portanto, envolver todos os componentes do grupo. Cabe ao GCE avaliar a necessidade e indicar a criação de grupos nos níveis regional e municipal, respeitando as singularidades de cada esfera de gestão e realizando as adequações para um formato pertinente à realidade local.

A composição desse grupo pode ser adequada pelas secretarias estaduais e municipais, conforme necessidade identificada, no entanto recomenda-se a seguinte composição: Coordenação estadual da APS; Coordenação da AAE; Coordenação da RAS; Coordenação de áreas técnicas das Linhas de Cuidado; Coordenação de Educação Permanente em Saúde; Coordenação da Regulação; Coordenação do apoio diagnóstico; Representante da instância regional; Representante do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde; Membros do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); facilitador do CONASS referência para o estado.

Destaca-se a importância de considerar as particularidades de cada região para a composição do Grupo Condutor Estadual (GCE). Neste sentido, dado que na Região de Saúde Centro-Norte, conforme informado pela Secretária de Estado da Saúde de Roraima, vivem 73.711 índios, as representações do DSEI Leste e DSEI Yanomami foram incluídas no GCE. Considerando ainda o impacto da imigração, dado que 21,4% dos nascidos vivos em 2021 são filhos de imigrantes venezuelanos (SINASC, 2022), estuda-se a participação também de representantes da Operação Acolhida.

Em outras experiências, identifica-se fragilidade na composição do grupo condutor, de forma que ainda há baixo engajamento dos atores estratégicos das SES. De forma geral, ainda é um desafio para as SES definir e manter o engajamento dos representantes dos setores indicados.

Como potencialidade da atuação desses GCE, destaca-se a atuação sinérgica com outras estratégias para o fortalecimento da RAS, a partir da articulação das políticas, programas e projetos locais com os projetos PROADI-SUS em execução nos estados. Projetos como PlanificaSUS, Planejamento Regional Integrado (PRI) e Tele-Norte, têm suas respostas vinculadas diretamente com a organização da Atenção à Saúdes e convocam atores comuns para o desenvolvimento das ações. A articulação para sinergia colaborativa entre os atores

das secretarias e todas as estratégias para fortalecimento da RAS é uma potência, cujo adensamento e organização reverbera na formação de um Comitê Executivo de Redes.

Modelo Operacional da PAS

A execução do PlanificaSUS e do Saúde mental na APS estrutura-se em etapas temáticas (Quadro 3). Cada etapa operacional é composta por Oficinas de Planejamento, Processo de Tutoria - que corresponde à operacionalização - e Oficina de Monitoramento. As atividades de operacionalização correspondem a realização de workshops, oficinas tutoriais nas Unidades Laboratório da APS e na AAE, assim como a expansão da PAS para as demais unidades básicas de saúde dos municípios participantes e ampliação do escopo de atuação dos ambulatórios especializados para outras linhas de cuidado, de forma a responder melhor às necessidades da APS e sua população.

Quadro 3: descrição das temáticas desenvolvidas no PlanificaSUS e Saúde Mental na APS

ETAPAS TEMÁTICAS	PLANIFICASUS	SAÚDE MENTAL NA APS
1	Integração entre APS e AAE na RAS	A organização da linha de cuidado em Saúde Mental na APS
2	Território e Gestão com Base Populacional	Território e gestão de base populacional em Saúde Mental
3	O Acesso à RAS	Acesso à Rede de Atenção Psicossocial pela APS
4	Gestão do Cuidado	Gestão do Cuidado em Saúde Mental
5	Integração e Comunicação entre APS e AAE;	N/A
6	Monitoramento e Avaliação na APS e AAE;	N/A
7	Autocuidado Apoiado na APS e AAE;	N/A
8	Cuidados Continuados e Paliativos na APS e AAE;	N/A
9	Transversalidade da Segurança do Paciente na PAS	N/A
10	Macroprocessos da Vigilância em Saúde	N/A

Fonte: Da pesquisa.

Considera-se ainda o ciclo do PDSA (Planejar, Fazer, Estudar e Agir), do inglês, Plan, Do, Study and Act, que permeia as atividades de planejamento, processo de tutoria e monitoramento da PAS. Trata-se de um método utilizado para testar e implementar mudanças no ambiente de trabalho que produzam melhoria (IHI, 2016).

Figura 2. Ciclo PDSA.

Fonte: PLANIFICASUS: GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A ETAPA 6 - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada / Hospital Israelita Albert Einstein: Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais: São Paulo. Ministério da Saúde, 2022. 48 p.

Oficinas de Planejamento

Antes de iniciar a operacionalização de qualquer mudança, é necessário saber de onde partimos e para onde vamos. Por isso, as etapas operacionais se iniciam por meio das Oficinas de Planejamento, que reúnem os atores estratégicos da gestão para fazer um diagnóstico, planejar as ações e definir os indicadores que serão monitorados.

É muito importante que estes atores estratégicos estejam envolvidos nesta programação e sejam protagonistas deste planejamento. As oficinas de planejamento ocorrem em reunião junto aos grupos condutores estaduais e municipais, sendo realizada inicialmente a oficina com a SES e posteriormente a oficina com os municípios. A recomendação é que a oficina de planejamento com a SMS seja conduzida pela referência técnica estadual e/ou regional, visando o seu desenvolvimento no gerenciamento da PAS.

No início de cada oficina de planejamento realizamos a análise das ações já implantadas. Neste momento são verificadas as oportunidades de melhoria, quais as ações que deverão ser definidas para a manutenção das práticas implantadas, por meio do monitoramento e avaliação. Este momento corresponde ao “A” do PDSA. Também é contemplada a análise dos novos processos que serão trabalhados, e posteriormente definidas as ações para atingir o resulta-

do esperado. Destaca-se a importância de mapear os processos, identificar os fatores causais, definir objetivos e elaborar o plano de ação de acordo com os objetivos definidos. Também vale sinalizar a análise dos indicadores pactuados e os demais utilizados pela gestão para correlacionar com os processos de trabalho em (re)organização na RAS. Este momento corresponde ao “P” do PDSA. O momento de executar, “colocar em prática”, as ações definidas no planejamento é o que chamamos de dispersão. Corresponde ao “D” do PDSA. Vale lembrar que, as ações definidas devem apoiar todo o planejamento e durante a execução essas ações podem ser revistas e alteradas.

Oficinas de Monitoramento

Tendo em vista que o processo de melhoria contínua requer o monitoramento sistemático das ações propostas, no nível gerencial municipal e estadual esse acompanhamento também é necessário. Para tanto, propõe-se as Oficinas de Monitoramento, momentos em que o nível gerencial municipal e estadual avalia se o que foi planejado para determinada etapa foi executado. Nessas oficinas os resultados obtidos são avaliados, bem como as mudanças provocadas, por meio do monitoramento de indicadores estratégicos definidos na oficina de planejamento. Nesta perspectiva, são analisados os resultados obtidos e comparados com os resultados esperados definidos no planejamento. A análise dos resultados pode ser realizada por meio dos indicadores pactuados ou outros que a gestão possua. Este momento corresponde ao “S” do PDSA. Uma vez que foi verificado que o resultado esperado no planejamento foi atingido, deve-se padronizar este processo. Esse momento corresponde ao “A” do PDSA.

Inversamente ao que ocorre nas Oficinas de Planejamento, as Oficinas de Monitoramento acontecem em fluxo ascendente: da gestão municipal para a gestão estadual. Ambas devem, além de avaliar a execução das ações e qualidade dos resultados, visar a garantia da padronização de processos de trabalho que constituem uma mudança de prática junto ao corpo técnico-gerencial respectivamente dos municípios e estado. Após a consolidação dos processos padronizados, o monitoramento dos indicadores estratégicos permite verificar se há algum resultado insatisfatório e, caso isso ocorra, indicar o início de um novo ciclo de melhoria contínua deste processo.

Processo de Tutoria

A operacionalização das mudanças na prática de trabalho acontece por meio do processo de tutoria, uma estratégia de educação permanente dirigida aos profissionais de saúde APS e AAE. A forma de educação permanente utiliza-

da pelo referencial teórico da PAS associa o aumento do conhecimento com a mudança da prática profissional, conciliando no método o aprender e o mudar. Trata-se de estratégias de aperfeiçoamento da prática profissional, um processo permanente que envolve a definição de critérios, a avaliação do desempenho e a implementação das mudanças (MENDES, 2011). Dessa forma, o processo de tutoria trata-se da aproximação e presença sustentada do tutor com os profissionais da unidade de saúde, com intuito de fomentar o desenvolvimento de competências necessárias para discutir os fluxos assistenciais e macroprocessos abordados na etapa, sejam eles já existentes ou que necessitem ser implantados.

A figura-chave do processo de tutoria é o tutor, que se utiliza da estratégia do “fazer junto” com a equipe de saúde, os auxilia na reflexão sobre a própria prática comparada com padrões de qualidade, os instiga na identificação de possíveis melhorias e provoca as ações corretivas necessárias, visando a melhoria contínua. O processo de tutoria é composto pela realização de Workshop, oficina tutorial, atividade de dispersão e monitoramento contínuo das ações junto às equipes de saúde, chamado de monitoramento da tutoria. Com o objetivo de apoiar o desenvolvimento do tutor, incluiu-se ao processo de tutoria o alinhamento pré-tutoria e pós-tutoria (Figura 3).

Figura 3: Processo de tutoria.



Fonte: Autores

O alinhamento pré-tutoria é destinado ao tutor, com o objetivo de desenvolvê-lo para a condução dos Workshops e das oficinas tutoriais, bem como para que possa apoiar a equipe de saúde na realização das ações pactuadas em plano de ação.

O Workshop é destinado a 100% dos profissionais da unidade de saúde, trata-se de um momento reflexivo de alinhamento teórico-conceitual, com ob-

jetivo de provocar e instigar esses profissionais ao desejo de mudança. Nele o tutor realiza o primeiro exercício de aproximação entre o conteúdo apresentado na etapa e a realidade dos profissionais e mobiliza toda a unidade, por meio de uma metodologia ativa, linguagem clara e acessível a todos, e uma série de recursos educativos. Os temas abordados nos Workshops terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais. A oficina tutorial é destinada às equipes de saúde e acontece dentro da unidade por um acompanhamento in loco, onde é possível observar seu funcionamento e aliar a teoria à prática. O tutor dá sequência e aprofunda conceitos introduzidos no Workshop, e acrescenta outras metodologias que permitam o desenvolvimento nos profissionais das habilidades e atitudes necessárias para as mudanças das práticas. Na oficina tutorial as equipes constroem, com auxílio do tutor, um plano de ação que lista as atividades necessárias para as mudanças desejadas, definindo responsáveis e prazos. Esse plano será executado pela equipe no momento de dispersão. A dispersão acontece no dia a dia de trabalho das equipes, em que as ações disparadas nas oficinas tutoriais e descritas no plano de ação são executadas.

O alinhamento pós-tutoria é um momento destinado aos tutores e tem como proposta o compartilhamento das experiências na realização dos Workshops, das oficinas tutoriais e/ou apoio às atividades de dispersão. Com o objetivo de verificar de que forma o Workshop e as oficinas tutoriais aconteceram, avaliam-se o que foi planejado para cada um desses espaços foi executado, aproveitando para assimilar os aprendizados para a próxima etapa. Toda mudança de processos deve ser monitorada de forma contínua para que as ações de melhoria implantadas não se percam.

O monitoramento da tutoria se baseia no acompanhamento contínuo das atividades que foram definidas no plano de ação. É resultado da aproximação sustentada entre as equipes e o tutor, que oferece apoio contínuo para execução dessas ações. No monitoramento também é verificado se as mudanças efetuadas agregam valor para o usuário, não apenas em termos de satisfação, mas também de benefícios ao estado de saúde.

A oficina tutorial se inicia pelo giro na unidade. O giro pode ser por meio de observação e/ou roda de conversas para identificar as boas práticas e as oportunidades de melhoria nos processos já implantados ou em implantação, correspondendo ao “S” do PDSA. Após o giro, é realizada a análise dos resultados encontrados e, se houver necessidade, serão definidas novas ações para adequação dos processos para assim implementarmos o processo agora já implantado. Este momento corresponde ao “A” do PDSA. Na oficina tutorial também realizamos ações de planejamento. É realizada a análise dos novos processos que serão trabalhados, e posteriormente definidas as ações para atingir o resultado esperado. Destacamos a importância de mapear os processos, identificar

os fatores causais, definir objetivos e elaborar o plano de ação de acordo com o objetivo definido. Também vale sinalizar a análise de indicadores existentes para correlacionar com os processos de trabalho em (re)organização na RAS.

Este momento corresponde ao Planejamento da ferramenta de melhoria contínua PDSA. Devemos lembrar que as oficinas são disparadoras de processos e que as ações são executadas na dispersão, que se referem ao momento do “fazer” da ferramenta de melhoria contínua PDSA. Este é o momento de executar, “colocar em prática”, as ações definidas no planejamento. Vale lembrar que, as ações definidas devem apoiar todo o planejamento e durante a execução essas ações podem ser revistas e alteradas.

Particularidades regionais, Avanços e Aprendizados

Nesta seção, serão descritas as potencialidades a partir das experiências em desenvolvimento da PAS em territórios da Amazônia legal.

No âmbito do planejamento e monitoramento da PAS, destaca-se a habilidade de articulação da referência técnica da SES Acre com relação ao esforço de manutenção de um grupo condutor estadual ativo, investindo na educação permanente dos tutores estaduais, que se distribuem para acompanhar o desenvolvimento dos municípios da região do Baixo Acre e Purus. Tais ações representam oportunidades para que a SES esteja mais próxima dos municípios de forma sistemática.

Em Roraima, a partir do desafio de organização do apoio diagnóstico na APS, foi realizado um levantamento das necessidades para todas as linhas de cuidado a partir dos instrumentos disponibilizados na plataforma e-Planifica. Considerando que 90% dos equipamentos de saúde são de gestão estadual, a SES iniciou a discussão com municípios para pactuação de fluxos que respondam a demanda levantada pelo estudo conforme necessidade da APS.

Em Roraima, destaca-se ainda a experiência exitosa da capital Boa Vista (RR) com a APS. A Secretaria Municipal de Saúde apresentou ao Conselho Municipal de Saúde a experiência de organização dos processos na UBS Delio Tupinambá (unidade laboratório) e pactuou implementar a metodologia da PAS em 100% das unidades da APS do município, desencadeando a necessidade da organização da expansão. Para planejamento da expansão da PAS, foi realizado encontro entre Superintendência de Atenção com as coordenações de macro área, para pactuações e construção de cronograma operacional, definição de critérios profissionais para novos tutores que estivessem diretamente ligados à assistência e possibilitassem a integração e participação de toda a equipe.

Por este motivo, os enfermeiros de cada UBS foram definidos tutores. Também é importante destacar o perfil de liderança dos gerentes das unidades e que em alguns casos também são tutores. As atividades de expansão foram iniciadas com programação em 8 unidades básicas de saúde, conforme planejamento, com pactuação inicial de uma unidade básica de saúde de cada macro área. Ainda no planejamento, foi pactuado cronograma de atividades, prevenindo que a cada dois meses, a expansão da PAS avança para uma nova unidade, até contemplar as trinta e quatro unidades de saúde do município de Boa Vista, totalizando 100% de expansão no município.

Ainda em relação à expansão, na região de São João dos Patos (MA), após observarem a oportunidade de qualificar o acesso e cuidado dos usuários na RAS, a referência técnica municipal e os gestores do município de Colinas decidiram executar a PAS em 100% das unidades de atenção primária. Segundo esses atores, isso foi possível devido às pactuações da gestão municipal com os tutores, principalmente no que se refere ao horário protegido da participação dos profissionais nos momentos do processo de tutoria. Entre os principais desdobramentos que se destacam, encontram-se a atualização do cadastramento dos usuários da área de abrangência das unidades, a definição de uma única diretriz clínica em todo município, a utilização do plano de cuidado compartilhado com a AAE por todas as equipes de APS.

Pode-se observar também o avanço na organização da AAE, destacando-se a Policlínica Tucumã, localizada em Rio Branco (AC) e o centro de Referência à Saúde da Mulher em Boa Vista (RR). Em ambos, houve investimento na estrutura física do local, com reforma e distribuição dos consultórios para facilitar a realização do ciclo de atenção contínua para a linha de cuidado materno-infantil, apesar de a manutenção do ciclo de atenção contínua ainda ser um desafio. As equipes destes ambulatorios iniciaram a organização de processos referentes à função educacional e à função de supervisão.

Apesar do desafio de integração entre a equipe do ambulatório e as equipes das unidades laboratório de APS, observou-se o esforço dos tutores e profissionais no desenvolvimento da comunicação entre esses pontos da RAS. Em especial no caso da Policlínica Tucumã, cabe destacar que o acesso ao serviço foi organizado com formalização em CIR dos instrumentos de compartilhamento do cuidado e que o bloqueio da agenda dos profissionais para atividade semanal com os tutores do serviço com duração de duas horas representou um fator imprescindível para os avanços destacados.

Considerando as particularidades na região do Baixo Amazonas, a equipe tem buscado avançar na organização da AAE, como por exemplo, realização da atenção contínua com os profissionais da APS, compartilhamento do plano de cuida-

do com os profissionais do centro de referência materno infantil e até mesmo no âmbito hospitalar, além do desenvolvimento de oficinas de estratificação de risco para os profissionais da rede municipal de saúde, a partir da nota técnica disponibilizada pelo PlanificaSUS, qualificando a comunicação e a integração entre a APS e as referências para a AAE nos municípios. Compreender a dinâmica territorial, as singularidades locorregionais e construir políticas públicas que dialogam com a realidade local pode ser um caminho para responder às necessidades da população na Amazônia Legal (MARTINS, SCHWEICKARDT, 2022).

Quanto às práticas de monitoramento e avaliação, os profissionais do ambulatório de referência na linha de cuidado materno infantil da região de São João dos Patos (MA) acompanham a taxa de compartilhamento do cuidado bem como os dados clínicos de gestantes e criança. Esses dados são utilizados para subsidiar a definição de ações de supervisão e de educação entre os profissionais da AAE e da APS, considerando as necessidades específicas de cada município que foram identificadas.

Desafios comuns às regiões

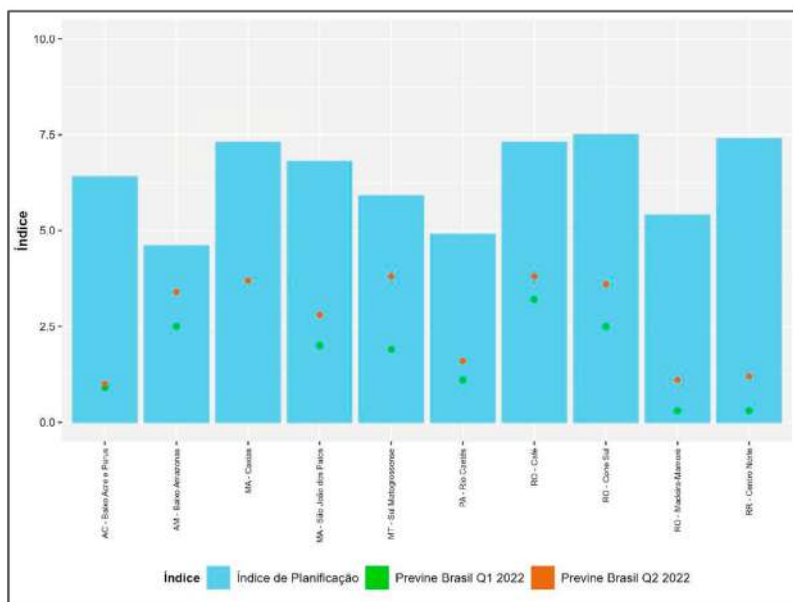
As características socioespaciais da Amazônia Legal influenciam na ocupação do território e desafiam a estruturação das RAS, impondo condições comuns em todos os estados da macrorregião. Para fins de organização da rotina de atividades seja, dos diferentes pontos da RAS, ou até mesmo entre tutores e profissionais, a conectividade se apresenta como barreira frequentemente. Acredita-se que a adequação de investimentos necessários para qualificação da transmissão de sinais pode superar essa barreira, estabilizando a capacidade de transmissão e consequentemente utilizando todo potencial desse instrumento, tanto para as atividades-meio, conforme exemplo descrito acima, quanto para as atividades-fim, como é o caso de teleconsultas.

Cabe destacar também o desafio no que se refere à definição e monitoramento de indicadores de processo e saúde. Em especial, no que se refere a definição de métricas que façam sentido em cada realidade e sejam comparáveis no tempo, assim como a fragilidade da cultura de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde. Diante deste cenário, uma das estratégias de monitoramento e apresentação do desempenho regional desenvolvida recentemente é o índice da Planificação da Atenção à Saúde (iPAS). O iPAS é composto pelos parâmetros: estrutura, gerenciamento, tutoria, educacional e previne. Estrutura considera unidades laboratório de APS e AAE ativas, bem como a adesão ao primeiro ciclo de expansão na APS e na AAE. Gerenciamento mensura o desempenho da região na realização das atividades oficina de planejamento SES, oficina de planejamento regional, oficina de monitoramento SES e oficina de monitoramento regional.

As atividades de gerenciamento no âmbito regional envolvem a participação das SMS que compõem a região de saúde. Já a tutoria mede a realização das atividades de workshop e oficina tutorial nas unidades de saúde categorizadas como laboratório ou expansão. A participação das equipes dos serviços de saúde nos workshops também influencia no resultado desse parâmetro. Educacional trata da adesão dos atores estratégicos aos cursos autoinstrucionais de gerenciamento ou tutoria, a depender da função desempenhada na PAS e, por fim, previne diz respeito ao desempenho dos municípios no programa federal de financiamento da APS, o Previne Brasil. Nesse quesito, são considerados os resultados dos indicadores de desempenho e do componente capitação ponderada.

O iPAS é atualizado trimestralmente e apresentado às referências técnicas estaduais. Abaixo, a figura 4 apresenta o desempenho das regiões que compõem a Amazônia Legal e o iPAS correspondente ao trimestre outubro-dezembro do ano de 2022, resultado mais recente do índice. A apresentação do iPAS às referências técnicas estaduais é considerada uma potencialidade pela sua repercussão. A partir dos resultados, os representantes estaduais da PAS discutem com os GCE estratégias para melhoria da experiência nos seus territórios.

Figura 4. iPAS nos estados que compõem a Amazônia Legal e aderiram à PAS.



Fonte: Da pesquisa.

Assim como o iPAS, o portfólio é um instrumento de monitoramento organizado a partir das experiências de destaque, análise de matriz SWOT e encaminhamentos para a situação atual da região. Há recomendação para atualização mensal desse instrumento pela equipe de consultores e analistas de tutoria e seu uso contribui tanto para uma análise das potencialidades e desafios identificados quanto para a orientação de customizações necessárias para aprimorar a experiência de organização dos processos e fortalecimento da RAS no território.

Considerações finais

O presente capítulo apresentou particularidades do contexto de organização da atenção à saúde na região da Amazônia Legal por meio da metodologia da PAS. As experiências apresentadas permitiram evidenciar a potencialidade da PAS como estratégia para organizar serviços de saúde na perspectiva de RAS, contribuindo para o desenvolvimento de competências para a promoção do cuidado integral, centrado na pessoa e que responda as necessidades da população.

Ao longo deste capítulo foram apresentadas diversas particularidades de dez regiões de saúde localizadas na Amazônia Legal, concluindo que a potencialidade de execução da PAS em diversos contextos considera a diversidade e capta as especificidades para a organização da RAS nos municípios e regiões estudadas. A criação do indicador iPAS associado as atividades de oficinas, reuniões junto com a gestão e trabalhadores de saúde dos municípios da região amazônica desenvolveram inovações na prática da avaliação e monitoramento de processos e resultados das redes de atenção nas regiões de saúde estudadas. Por conseguinte, o PAS é um caminho para promovermos o princípio fundamental do SUS que é a integralidade da atenção em saúde, pois incorpora aspectos do planejamento territorial, estabelece o debate e implementação de fluxos de cuidado nos diversos ciclos de vida com as realidades amazônicas e uso e acesso dos serviços de saúde, numa lógica de regionalização viva, solidária entre os entes federados.

Enquanto aprendizado e potencialidade das experiências identificadas, destacam-se o fortalecimento do grupo condutor estadual na apropriação da metodologia da planificação, apoio, aproximação aos municípios e a integração do PlanificaSUS com demais projetos e programas estaduais. Ademais, observa-se a relevância da expansão e para tal destaca-se a necessidade de pactuações no que se refere ao horário protegido para a participação dos profissionais nos processos de tutoria, assim como investimento na educação permanente dos tutores e das práticas de monitoramento e avaliação.

Referências Bibliográficas

AMAZÔNIA LEGAL EM DADOS. Disponível em: https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Amaz%C3%B4nia%20Legal&area=Sa%C3%BAde__67&indicador=TX_DATASUS_MORT_INFANTIL_UF__67. Acesso em: 13 jan. 2023.

ARAGÃO, L. E. O. C.; SILVA JUNIOR, C. H. L.; ANDERSON, L. O. **O desafio do Brasil para conter o desmatamento e as queimadas na Amazônia durante a pandemia por COVID-19 em 2020.** Nota técnica. São José dos Campos, SP, 2020.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 120 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. ISBN 978-85-7541-391-3.

BECKER, B. K. Amazônia: desenvolvimento e soberania. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Orgs.). **Brasil: O Estado de uma nação.** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2005. p. 199-250.

INHUDES, A. *et al.* **Saúde na Amazônia Legal: diagnóstico e propostas de atuação para o BNDES.** BNDES, v. 29, n. 57, p. 7-57, 2022.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Avaliação e planejamento integrados no contexto do Plano BR-163 Sustentável: o setor soja na área de influência da rodovia BR-163 (relatório final).** Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2010.

BRASIL. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.

COSTA, T. A.; RAVENA-CAÑETE, V.; TAVARES, A. G. **'Posto de Saúde Não Tem Aqui': uma análise da elaboração de itinerários de cuidado em comunidade amazônica - Belém (PA).** Revista Antropológicas [online]. v. 32, n. 2. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaantropologicas/article/viewFile/252869/40479>

IHI. Institute for Healthcare Improvement. **How to improve. Cambridge, MA.** Institute for Healthcare Improvement, 2016. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/pages/howtoimprove/default.aspx>

KADRI, M. R. E.; FREITAS, C. M. **Um SUS para a Amazônia: contribuições**

do pensamento de Boaventura de Sousa Santos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, supl. 2. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.30772019>>.

MARTA JÚNIOR, G. B.; CONTINI, E.; NAVARRO, Z. **Caracterização da Amazônia Legal e macro tendências do ambiente externo.** Brasília: EMBRAPA, 2011.

MARTINS, F. M., SCHWEICKARDT, K. H. S. C., SCHWEICKARDT, J. C. **Cartografias do cuidado no território líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia.** 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022. 264 p.: (Série Saúde & Amazônia, v.21). E-book.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; CONASS, 2011.

MIRANDA, E.E.; GOMES, E.G.; GUIMARÃES, M. **Mapa da cobertura vegetal no Brasil.** <http://www.cobveget.cnpem.embrapa.br> (acessado em 03/Jan/2023)

OLIVEIRA, P. T. R. **O Sistema Único de Saúde, descentralização e a desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

PAIVA NETO, F. T.; RODRIGUES, D. B.; ROVARIS, M. F. S.; PARESQUE, M. A. C. **Do litoral à serra: a experiência do PlanificaSUS na atenção primária à saúde em Santa Catarina.** SANARE - Revista de Políticas Públicas, [S. l.], v. 19, n. 1, 2020. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1432>. Acesso em: 4 jan. 2023.

PIERANTI, O. P. S; LUIZ H. R. **A questão amazônica e a política de defesa nacional.** Cadernos EBAPE.BR [online]. v. 5, n. 1. 2012 [Acessado 4 Janeiro 2023], p. 01-11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-39512007000100012>>. SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. Cadernos IPPUR 1999; v. 2,p. 15-25.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. **O Brasil, território e sociedade no início do século XXI.** Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record; 2001.

SCHWEICKARDT, J.; DOLZANE, R.S. **Atenção Básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso.** Trab. Educ. Saúde. v. 18, n. 3, 2020.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. PlanificaSUS:

workshop 1. **A integração da atenção primária e da atenção especializada nas redes de atenção à saúde.** 2019.

SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA. **Plano Regional de Desenvolvimento da Amazônia (PRDA): 2020-2023** / Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia - Belém: SUDAM, 2020.

VIANA, A.L.D.Á., MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.D.F., LIMA, L.D.D., MENDONÇA, M.H.M.D., HEIMANN, L.S., ALBUQUERQUE, M.V., IOZZI, F.L., DAVID, V.C., IBAÑEZ, P. AND FREDERICO, S. **Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal.** Cadernos de Saúde Pública, 2007, v.23, p.117-131.

CAPÍTULO 3:

Planificação da atenção à saúde no território líquido: reorientando a APS e consolidando o SUS no Amazonas.

*Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Leidiane Santarém Valente
Aldecy de Almeida Bezerra da Silva
Juciara de Oliveira Sampaio
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Rodrigo Tobias*

Introdução

A mortalidade materna, óbito da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, é uma preocupação mundial, requer uma mobilização global e encontra-se na agenda prioritária das Nações Unidas. Entre os 17 objetivos do desenvolvimento sustentável, o objetivo 3, boa saúde e bem-estar, estabelece a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 (UN, 2016). A meta para o Brasil é reduzir para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020).

Com o objetivo de melhorar as condições de vida e de ampliar e promover um cuidado mais humanizado e integral a todas as mulheres, em 2004, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta busca garantir o direito da mulher e reduzir os agravos por causas evitáveis e preveníveis, com o foco no planejamento familiar, na atenção obstétrica, no combate à violência doméstica e sexual e na atenção ao abortamento inseguro (BRASIL, 2004).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para a organização

das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, e entre as redes temáticas encontra-se a Rede Cegonha (BRASIL, 2010). A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um vetor de análise da gestão integralizada da assistência em saúde no SUS. Para que a APS consolide seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, há a necessidade de integração da proposta de Planificação da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), concretizando, na prática, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2016).

A AAE constitui, hoje, um problema relevante nos sistemas de atenção à saúde, em geral, e no SUS, em particular, não sendo ainda contemplada com uma política nacional. As razões para isso são várias, mas há que se ressaltar duas dimensões fundamentais: a AAE corresponde a um vazio cognitivo, sendo uma das áreas menos estudadas no SUS; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas de constituírem-se como pontos de atenção da RAS (MENDES, 2016). As políticas públicas frequentemente têm a pretensão a serem nacionais, mas não estão preparadas para as singularidades locais, pois são nestes lugares que estão presentes as vozes das periferias, das ruas, dos rios, das matas e da várzea que reivindicam ações mais dialógicas com a realidade local (MARTINS, SCHWEICKARDT, SCHWEICKARDT, 2022).

Na Amazônia, o território inclui questões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra e políticas públicas bastante singulares. Além disso, é um território que está em movimento, regido pela dinâmica dos rios. As pessoas se deslocam pelos caminhos das águas que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, necessitando adequação ao acesso móvel (MARTINS, SCHWEICKARDT, SCHWEICKARDT, 2022).

Desde 2011, o estado do Amazonas (AM) iniciou a implantação da Rede Cegonha, “rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. No entanto, o AM possui uma das mais elevadas Razão de Mortalidade Materna (RMM), um dos mais importantes indicadores globais de saúde na área materno-infantil. Um estudo verificou o impacto da Covid-19 na razão de mortalidade materna (RMM) no Brasil e no estado da região norte em 2021. Neste ano, a RMM no país foi de 117,55/100 mil nascidos vivos e na região norte e do Amazonas foram de 164,17/100 mil nascidos vivos e 185,14/100 mil nascidos vivos, respectivamente (PRAZOS *et al.*, 2023).

A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS), via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), tem como objetivo implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS (PlanificaSUS, 2019).

Nesse sentido, considerando os desafios do acesso e cuidado na linha de cuidada materno-infantil, a relevância dos dados epidemiológicos de mortalidade materna no estado do AM e também a necessidade e relevância da organização das RAS no Sistema Único de Saúde, por meio do PlanificaSUS, o presente capítulo possui o objetivo de refletir acerca da importância da metodologia da PAS enquanto processo de Educação Permanente que permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento, monitoramento e a organização da atenção à saúde, na perspectiva de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em particular da linha de cuidado materno infantil para o Baixo Amazonas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, sobre a implantação da PAS como instrumento potente para a organização das RAS, na região do Baixo Amazonas. A região de saúde inclui os municípios Barreirinha, Boa Vista do Ramos, Nhamundá, Maués e Parintins.

O projeto de Planificação da Atenção à Saúde (PlanificaSUS) iniciou no Amazonas em 2019 e foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e execução do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE). O CONASS propôs e desenvolveu em parceria com HIAE um conjunto de oficinas para o fortalecimento da APS, organizando-a de forma territorializada, com a população cadastrada, capacitando todos os profissionais que atuam na APS, contribuindo para a qualificação e a resolutividade desse nível de atenção, para dessa forma garantir o papel de coordenação da RAS (CONASS, 2015).

A adesão do projeto partiu da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas, a qual definiu a região do Baixo Amazonas para implantar a planificação. Os secretários de saúde, desta região, assinaram em 15 de julho, em uma solenidade pública no auditório da Universidade do Estado do Amazonas, o termo de compromisso e responsabilidade com o projeto e designaram as unidades que serviriam de unidade laboratório bem como os profissionais responsáveis pela execução das atividades, tutores e facilitadores.

A região do Baixo Amazonas tem Parintins como a cidade polo, por possuir um amplo serviço de saúde e receber muitos usuários dos outros municípios, para ser a cidade central do projeto que recebeu todos os profissionais para os momentos formativos e estes foram multiplicadores em seus municípios. No entanto, a pandemia impôs uma pausa, uma readequação e uma retomada, com novos desafios e novos atores no processo da planificação.

Resultados e Discussão: Planificação e Planejamento

O referencial teórico utilizado, descrito por Mendes, propõe a metáfora da construção de uma casa para organização dos macroprocessos e microprocessos da APS. A construção se inicia com um alicerce que garantirá a solidez da APS. É implantar mudanças estruturais e de macro e microprocessos na APS. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela (GUERRA, 2022; EVANGELISTA *et al.*, 2019; MENDES, 2015; NETO *et al.*, 2020).

Os macroprocessos básicos são aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização. Já os microprocessos básicos são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos (NETO *et al.*, 2020).

O projeto utilizou diferentes atividades educacionais, baseadas em metodologias ativas, na expectativa do desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais a serem implementados (MENDES, 2016). Os tutores e facilitadores dos cinco municípios e as gerências da área técnica materno infantil da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas também realizavam capacitações na modalidade EAD, curso ofertado pelo HIAE.

A estrutura pedagógica do projeto além do curso EAD contemplava oficina pré-tutoria, workshop, oficina tutorial e oficina pós-tutoria. Nesse momento, os tutores foram capacitados e instrumentalizados para realização da etapa correspondente, uma vez que estes devem conhecer a metodologia e ter domínio sobre os processos que vão implantar na APS. O workshop foi o momento em que todos os profissionais receberam alinhamento conceitual e na oficina tuto-

rial foram implantados os instrumentos que vão construir e fortalecer os macros e microprocessos. Na pós-tutoria foi realizada a avaliação e análise das atividades desenvolvidas (MENDES, 2016).

Uma vez ao mês Parintins recebia todos os tutores dos municípios, os tutores estaduais e os analistas do HIAE para executar a agenda do projeto, o deslocamento destes profissionais ficava à cargo de suas representações. Por conta da dinâmica do território alguns encontros não contavam com todos, por inviabilidade de transporte.

A programação para o desenvolvimento das atividades foi dividida em seis etapas sendo elas: Etapa Preparatória; Etapa 1 a integração da APS e a AAE em Rede; Etapa 2.1 e 2.2 Território e Gestão de Base Populacional; Etapa 3 O Acesso à RAS; Etapa 4 Gestão do Cuidado; Etapa 5 Integração e Comunicação na RAS e Etapa 6 Monitoramento e Avaliação.

O cronograma apesar de todas as diversidades do território, a superação dos desafios humanos e geográficos seguiu presencialmente até a etapa 3, que se concretizou em fevereiro de 2020. Neste mês surgiram os primeiros casos da covid-19 no Brasil e as orientações e restrições sanitárias logo se implantaram no território brasileiro. Diante do cenário nacional de extrema preocupação, os encontros presenciais foram suspensos e até as atividades foram suspensas, pois todos os esforços e estratégias estavam voltados ao combate à covid-19.

A equipe do HIAE teve uma grande contribuição mesmo à distância, na plataforma de monitoramento e registro de atividades. Criou-se uma nova aba na plataforma para disponibilizar notas técnicas, guias de orientação e a matriz de gerenciamento em combate a covid-19 na APS, esta última sem dúvida foi de grande importância, pois com ela conseguimos adaptar a nossa realidade e assim montou-se estratégia de atendimento aos grupos prioritários de alerta à covid-19, construiu-se fluxo de atendimento para pacientes com suspeita da covid-19 ou Síndrome Gripal, implantou-se o fluxo de atendimento dentro das unidades de saúde, orientou e estruturou como as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde deveriam ser realizadas, resguardando a proteção do profissional e do usuário.

Paralelo ao projeto criou-se um plano de ação para combate à covid-19 no intuito de apoiar e orientar aos municípios que faziam parte do projeto. Entretanto, o vírus foi altamente contagiante e letal que forçou o projeto a ter um recesso por toda a sua gravidade e a necessidade de isolamento social e home office.

A experiência do PlanificaSUS tem revelado a existência de lacunas a serem preenchidas dentro da RAS das regiões envolvidas. Contudo, a abordagem desenvolvida tem possibilitado a organização da coordenação do cuidado centra-

do no usuário. Apresenta grande potencialidade para continuidade das ações de saúde prestadas em diferentes serviços da rede. A partir das formações proporcionadas, do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização dos fluxos nas RAS, o PlanificaSUS pressupõe ações e serviços programados e estruturados, considerando-se as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

Essas abordagens e induções para a (re)organização do processo de trabalho das equipes, por meio da organização dos macros e micros processos dialogam com as diretrizes e os componentes preconizados pela Rede Cegonha, conforme a portaria de consolidação das normas sobre as redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2017).

A metodologia do PlanificaSUS fomenta momentos de educação permanente para as equipes da APS e da AAE revisitassem processos como a transversalidade da segurança do paciente, territorialização, cadastramento, identificação da subpopulação alvo, classificação de risco familiar, estratificação de risco, definição de diretriz clínica e padronização de instrumentos, fluxos e compartilhamento do cuidado com outros pontos da rede de atenção. Isso leva ao desenvolvimento de competências das equipes da APS para qualificar as diretrizes e objetivos da Rede Cegonha, tais como identificação e o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e qualidade no pré-natal, além de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2017).

O processo de avaliação e consolidação das etapas por parte do PROADI se deu através do preenchimento do “*instrumento de avaliação dos macroprocessos*”, onde se apresenta por etapa, os itens a serem avaliados, estando eles separados em macros e microprocessos. Durante a avaliação e monitoramento receberam os seguintes status: Não existente: quando o item não faz parte da realidade das unidades; Parcialmente: quando o item existe, mas é executado de forma que precisa de melhorias ou ajustes; Concluído: quando o item é executado e faz parte da rotina de forma satisfatória.

Após a avaliação e preenchimento, os itens que precisavam ser instituídos ou precisavam de melhorias passavam a compor também o plano de ação das unidades participantes do projeto. Em cada ciclo este instrumento foi revisitado de forma coletiva com a apreciação do tutor, do gerente da unidade, da Coordenação da APS, dos analistas de tutoria e representante da Secretaria de Saúde do Estado.

A segunda forma de avaliação foi o status do plano de ação em que cada ação recebe um peso de acordo com o status (Não existente; Parcialmente e

Concluído) servindo de parâmetro para processos instituídos, através da metodologia e ferramenta 5W2H com adequações realizadas pelos executores do projeto. São tecnologias leves empregadas que facilitaram o uso e entendimento. O resultado de cada avaliação gerou ao final um dashboard para exibir, discutir e avaliar o desempenho de cada unidade.

Ainda enquanto planejamento e PlanificaSUS, este projeto possibilitou identificar alguns desafios, principalmente no que se refere à integração da metodologia com outros projetos e programas estaduais e municipais, bem como a inclusão nos instrumentos de gestão. Essas ações foram fundamentais não apenas para o fortalecimento das agendas relacionadas às RAS nas diferentes frentes de ações e programas que possuem interlocuções, mas também para garantir nos espaços de governança e pactuação do SUS a sustentabilidade dos processos alcançados até o momento.

O território líquido: modos de acessar os serviços de saúde

O Amazonas pode ser considerado um território líquido, por ter uma extensa rede hidrográfica de mais de seis mil quilômetros de rios navegáveis com diferentes tipologias (águas claras e escuras) e bioma. É entrecortado por rios, lagos, paranás e igarapés. A densidade demográfica é baixa, ficando em torno de 2,23 hab./km², tendo uma parte de sua população vivendo em comunidades localizadas nas margens de rios. Um fator que impacta nos serviços de saúde, são as grandes distâncias entre as comunidades e a sede dos municípios, pois acabam por concentrar, em sua grande maioria, as ações e serviços de saúde na sede (LIMA *et al.*, 2021).

Essa territorialidade deve ser considerada e vista de maneira peculiar, pois também sofre influência dos aspectos econômicos, culturais e mediados pela sazonalidade dos rios. O entendimento sobre o desenvolvimento, implantação e implementação de políticas públicas específicas para o território amazônico nos ajudam nas análises sobre o acesso aos serviços de saúde pela população considerando o princípio de equidade do SUS (LIMA *et al.*, 2021).

A vida ribeirinha caracteriza-se numa forte relação com o território, com a floresta e, sobretudo as águas. A vida econômica, social e cultural também está relacionada com os ciclos das águas, se tornando elemento central na vida dos ribeirinhos. O acesso às comunidades ribeirinhas se dá através das águas, sendo, em alguns casos, possível somente por meio do transporte fluvial. As famílias navegam pelos rios da Amazônia (LIMA *et al.*, 2021; SCHWEICKARDT *et al.*, 2021).

O rio não é apenas um divisor-delimitador do espaço geográfico, é também um elemento que faz a conexão e a ligação entre pessoas, serviços e

instituições. Os lugares são conectados por diversas redes vivas que dão sentido às existências, formando pontos de encontros. Os fluxos promovem os movimentos e a circulação de pessoas e de coisas entre os lugares. No território ribeirinho, as águas fazem parte da organização da vida e conecta os lugares e as pessoas, num permanente fluxo (LIMA *et al.*, 2021; SCHWEICKARDT *et al.*, 2021).

Viver na Amazônia está diretamente relacionado a conviver com os rios. Pensar no território amazônico requer considerar a comunicação das águas que, embora sejam canais de conexão entre os lugares, diferem das estradas, pois secam e enchem, seguindo os ritmos determinados pela natureza, sobre os quais as pessoas constroem as suas vidas (SCHWEICKARDT *et al.*, 2021; SOARES *et al.*, 2021).

O território amazônico possui duas grandes regiões naturais, a terra firme e a várzea. A terra firme não é afetada diretamente pelos rios, pois possui florestas altas e densas, além de savanas, cerrados e campos naturais. Por sua vez, a várzea é uma planície aluvial sujeita a inundações parciais ou totais que ocorre anualmente. Pensar neste território requer considerar a dinâmica do lugar e seus complexos processos nos quais a água dita de forma direta e indireta a vida da população (SOARES *et al.*, 2021).

Esse território líquido é marcado pelo ciclo das águas, fenômeno natural em que os rios enchem e secam durante o ano, podendo ser subdividido em quatro períodos, definidos segundo critérios hidrológicos: seca, enchente, cheia e vazante. A seca tem seu ápice por volta do mês de novembro, seguido da enchente que inicia com as chuvas de novembro até o mês de julho, em que ocorre o auge da cheia e início da vazante, quando as águas começam a baixar novamente. A posição geográfica também interfere nesse ciclo, pois a cheia inicia no alto ou cabeceira dos rios e repercute sucessivamente em que o rio desce (SOARES *et al.*, 2021).

A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) é uma modalidade de serviço de saúde construída a partir de um ferryboat para executar suas atividades de forma itinerante junto a populações ribeirinhas. São projetadas de forma que comporte uma ou duas Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF), sendo estruturadas com consultórios, mobiliário e equipamentos necessários para atender essa população. As UBSF buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações como previsto na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. (18) O ciclo das águas, no entanto, interfere diretamente no atendimento a essas populações. A ESFR surge como uma estratégia para atender aos moradores de áreas mais distantes da sede dos municípios, especialmente para o território amazônico, e suas peculiaridades. Assim, é pre-

ciso pensar neste território com todas as suas diversidades, considerando a dinâmica que amplie as ações de saúde a partir do lugar e a complexa logística geográfica. A UBSF representa o incremento da qualidade da assistência primária e na melhoria no acesso aos serviços de saúde pela população ribeirinha do Baixo Amazonas (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Implantação da rede de atenção materna infantil

A implantação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2011).

No estado do Amazonas, para a implantação das RAS, trabalhou-se a metodologia de construção dos planos municipais como exercício, com base na Parametrização de indicadores de saúde e Matriz Diagnóstica do Estado por regionais. Em Janeiro a maio de 2012 trabalhou-se na elaboração dos planos municipais da Rede Cegonha (RC), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

Posteriormente, aconteceram as etapas regionais nos municípios sede de cada região de saúde. Na etapa regional trabalharam-se aspectos relacionados à regulação, transporte, serviço de apoio diagnóstico e terapia bem como a importância da governança, finalizando com a implantação das CIR's, modelo da proposta para o ordenamento das organizações públicas em saúde a partir das Redes de Atenção. Ainda assim, o estado tem suas bases de produção firmadas na Programação Pactuada Integrada do ano de 2005, o que conduz a frequentes programações e reprogramações financeiras em todas as unidades de saúde. Mais de dez anos depois, os desafios ainda são grandes, prevalecendo *“o modelo de atenção à saúde fundamentada nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionada a partir da oferta, mostrando-se insuficientes para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros”* (BRASIL, 2011).

Os indicadores de morbimortalidade materna e infantil, sobretudo a neonatal, influenciados pelos da saúde indígena que concentra alta vulnerabilidade social e das dificuldades relacionadas ao fator amazônico, como a baixa densidade demográfica, vazios assistenciais, barreiras geográficas

com rios e lagos de dimensões continentais e vazantes e cheias dos rios, o Amazonas, bem como os demais estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, ainda apresenta razão de morte materna e taxa de mortalidade infantil acima da média nacional, que não se encontra dentro dos índices aceitáveis segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Há um consenso mundial quanto à necessidade de redução das mortalidades materna e infantil, indicadores que refletem a qualidade da assistência à saúde de mulheres e crianças. Nesse sentido, no Baixo Amazonas, foi priorizada a linha materna infantil pelos gestores para a planificação.

No PlanificaSUS, a atenção à gestação e à infância orienta-se pelo Modelo de Atenção Crônica (MACC) que considera o ciclo da gestação, do parto e do puerpério como circunstâncias na vida da mulher, as quais *“requerem uma resposta social proativa, contínua e integrada”* (MENDES, 2012).

O modelo propõe o conhecimento da população-alvo residente em um território de saúde, sua estratificação de acordo com a presença de fatores de risco e a complexidade da condição de saúde, além do dimensionamento da oferta de serviços a partir da necessidade de saúde identificada e da qualificação das intervenções em coerência com complexidade da situação. As estratégias para melhoria desses indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, convocando esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos. O MACC propõe uma nova forma de organização da rede, com pontos interligados entre si, além da garantia do cuidado integral a estes segmentos populacionais norteados pelos princípios da humanização da assistência (MENDES, 2011).

No âmbito da organização da RAS, a presente experiência possibilitou a discussão e (re)organização da rede de cuidado materno-infantil na região do baixo amazonas-AM, principalmente nos momentos de planejamento, monitoramento e avaliação entre os atores do HIAE com os gestores estaduais e municipais que compõem essa região de saúde.

Por um lado, tal fato vai ao encontro das diretrizes e objetivos da Rede Cegonha que estabelece enquanto prioridade a organização da rede de atenção à saúde materno e infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolutividade com sistema logístico, transporte sanitário e regulação. Por outro, a experiência revelou ainda mais os desafios para essa organização, considerando as especificidades do território líquido e a maneira como é estruturada e conduzida a elaboração das políticas públicas desde o âmbito federal até a implementação no âmbito municipal (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que em 2023, a portaria GM/MS N 13, de 13 de janeiro de 2023 revogou a portaria GM/MS n715 de 4 de abril de 2022 que alterou a

portaria de consolidação GM/MS n3, de 28 de setembro de 2017 que dispõe sobre a Rede de Atenção Materna e Infantil. Nesse contexto de revogações de portaria a organização das RAS são mais desafiadoras uma vez que as atribuições e responsabilidades de cada ente federativo não são bem delimitadas. Desta forma considera-se que esta estratégia venha contribuir significativamente com a implantação das RAS, contribuindo com a gestão no cuidado de mulheres e crianças do estado Amazonas visando diminuir o número de mortes maternas e infantis por causas evitáveis.

A Reorganização do serviço de saúde

A PNAB é a política que estabelece as diretrizes e normas para organização da APS, nesse âmbito a planificação vem fortalecer e apoiar as equipes no desenvolvimento de competências estabelecidas pela PNAB através de instrumentos e estratégias de forma que possam proporcionar melhor assistência aos usuários de seu território.

O processo de implantação é gradativo e sequencial, cada etapa aborda um tema pertinente ao trabalho desenvolvido pela ESF e instrumentaliza as equipes no processo de reorganização do serviço. A tabela a seguir mostra cada etapa executada, os instrumentos e a orientação para reorganização dos serviços.

Conforme apresentado na tabela a seguir, cada etapa traz um instrumento e/ou processo a ser executado como proposta de melhoria para a assistência ao usuário. A dinâmica de execução é monitorada através do plano de ação instituído na primeira etapa, onde cada atividade é pactuada junto a equipe, cada profissional dentro de sua competência fica responsável por uma atividade e compartilha a responsabilidade com mais profissionais incluído os gestores da unidade, coordenadores de APS e até mesmo com os secretários de saúde. Essa estratégia é uma forma de transformação coletiva em que todos fazem parte do processo de mudança.

Até a etapa 3 a construção e a aplicação dos processos se deram de forma presencial, da etapa 4 a 5 os processos se consolidaram de forma remota através de plataformas digitais em virtude do cenário da pandemia que inviabilizou os encontros presenciais.

Tabela 1 - Etapas PlanificaSUS, Amazonas, 2023.

PROCESSOS	TEMA	INSTRUMENTOS E/OU PROCESSO INSTITUÍDOS
Etapa Preparatória	-	Workshop de abertura – Alinhamento teórico
Etapa 1	Integração da APS e AAE em Rede	Avaliação de estrutura, ambiência e recursos humanos.
Etapa 2.1 e 2.2	Território e Gestão de Base Populacional	Reorganização do território; Conhecer e cadastrar as subpopulações; Classificação de Risco familiar; Construção do Mapa Dinâmico Realização do Diagnóstico local; Programação e agenda; Contratualizações internas; Organização dos processos da sala de vacina; Plano de cuidado Familiar.
Etapa 3	O acesso a RAS	Avaliação do acesso pela pessoa usuária; Análise do balanço de atendimento; Organização da atenção a pessoas hiperutilizadoras; Avaliar mapa de fluxo e ciclo de atendimento Mapeamento dos processos da recepção da unidade básica de saúde; Implantação do bloco de horas; Implantação do agendamento.
Etapa 4.1; 4.2	Gestão do Cuidado	Implantar o macroprocesso das condições crônicas; Desenho da linha de cuidado; Estratificação de risco das condições crônicas; Classificação de Risco; Apresentação da Nota Técnica Saúde do Idoso; Apresentação da Nota Técnica Saúde da Gestante; Apresentação da Nota Técnica Saúde da Pessoa com Hipertensão e Diabetes; Apresentação da Nota Técnica Saúde do Idoso.
Etapa 5	Integração e Comunicação na RAS	Plano de Cuidados APS e Formulário de Compartilhamento de Cuidado APS-AAE centrado na pessoa; Qualidade e Segurança do Paciente – Mapeamento de Processos; Ciclo de Atenção Contínua adaptado para a realidade local
Etapa 6	Monitoramento e Avaliação	Monitoramento da Gestão do Cuidado; Instrumento para Autoavaliação dos Macroprocessos; e-planifica

Fonte: Guias do PlanificaSUS.

Na reorganização dos processos de trabalho e serviços ofertados ocorreram resistência, que é natural em todo processo de mudança, tanto por parte dos usuários como dos profissionais, entretanto, gradativamente e por acompanhamento direto dos tutores e coordenadores de APS as novas estratégias foram instituídas. A planificação se consolidou a cada etapa executada, dentre as melhorias alcançadas podemos destacar:

- Reestruturação de ambiência e apoio aos recursos humanos das unidades;
- Reconhecimento do território de acordo com classificação de risco das famílias e subpopulação;
- Atendimento centrado na pessoa;
- Atendimento por bloco de hora;
- Agendamento para atendimento;
- Plano de cuidado familiar instituído;
- Estratificação de risco gestacional;

- Plano de cuidado apoiado;
- Compartilhamento do cuidado da APS com AAE em rede;

Cada metodologia aplicada foi transformadora para os seus territórios, onde os usuários passaram a ser atendidos de forma multidimensional, sendo atendidos conforme a suas necessidades. Toda resistência ao final se transformou em satisfação tanto dos usuários que passaram a entender toda a dinâmica do novo serviço, bem como dos profissionais que viram os processos de trabalho mais bem estruturados e organizados principalmente com o fortalecimento da atenção primária e da rede de atenção.

Considerações finais

O “*fazer saúde*” no território amazônico requer considerar a comunicação das águas que, embora sejam canais de conexão entre os lugares, diferem das estradas, pois secam e enchem, seguindo os ritmos determinados pela natureza, sobre os quais as pessoas constroem as suas vidas. Os “*modos de ofertar serviços de saúde*” neste território requer considerar a dinâmica do lugar e seus complexos processos nos quais a água dita de forma direta e indireta a vida da população, dado que as necessidades de saúde são diferentes nos ciclos de cheias e vazantes dos rios, bem como os períodos com mais e menos níveis pluviométricos.

Um fator que impacta nos serviços de saúde no Amazonas são as grandes distâncias entre as comunidades e a sede dos municípios, pois acaba por concentrar, em sua grande maioria, as ações e serviços de saúde na sede. As especificidades regionais comprometem a organização e manutenção dos serviços de saúde, sendo características comuns na região o apoio diagnóstico insuficiente, ambiência dos EAS que não atendem à RDC 36, escassez de recursos humanos especializados e qualificados, dificuldades de acesso e descolamento entre os pontos de atenção.

Em atenção ao princípio da equidade, a definição de políticas públicas de saúde no âmbito nacional exige que se considerem as singularidades local-regionais. Assim, é preciso pensar neste território com todas as suas diversidades, considerando a dinâmica que amplie as ações de saúde a partir do lugar e a complexa logística geográfica.

Assim, concluímos que as estratégias para melhoria dos indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, convocando esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O apoio téc-

nico-gerencial às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, proposto pela metodologia da PAS, é um processo de Educação Permanente e permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento, monitoramento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade e agregando valor ao mesmo, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

A partir do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização dos fluxos nas RAS no Amazonas, o PlanificaSUS se constitui como conceito-ferramenta indutora da integralidade da atenção em saúde na região do Baixo Amazonas. Permitiu ainda que ações e serviços programados e estruturados, considerasse as necessidades de saúde da população dentro do seu contexto do território líquido. Desta forma, os resultados do PlanificaSUS nesta região de saúde foram permeáveis a dinâmica territorial e das vidas dos amazônidas, observando a presença as vulnerabilidades do acesso aos serviços e a complexidade da condição de saúde da população, propondo redimensionar a oferta de serviços a partir da necessidade de saúde identificada com otimização de recursos existentes, refletindo em melhores indicadores de saúde e qualidade vida para a população.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna**. Acesso em: <https://bvsmms.saude.gov.br/28-5-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-2/>. Brasil, 2020.

BRASIL. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO NO 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017**. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria 4.279, 30 dezembro 2010** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria 1.459, 24 junho 2011** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 85-334-0781-5. Brasília, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

EVANGELISTA, M. J. O. *et al.* O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019, v. 24, n. 6, p. 2115-2124.

GUERRA, S. *et al.* Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(3):e00115021

LIMA, R. T. S.; FERNANDES, T. G.; JÚNIOR, P. J. A. M.; PORTELA, C. S.; JÚNIOR, J. S.; SCHWEICKARDT, J. C. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, v. 26, n. 6, p. 2053-2064.

MARTINS, F. M.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C.; SCHWEICKARDT JC. **Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022. 264 p.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília, 2015.

MENDES, E. V. **Planificação da Atenção à Saúde – uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2016.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/ocuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-asredes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

NETO, F. T. P.; RODRIGUES, D. B.; ROVARIS, M. F. S.; PARESQUE, M. A. C. Do litoral à serra: a experiência do PlanificaSUS na atenção primária à saúde em

Santa Catarina. **SANARE** (Sobral, Online). 2020, v. 19, n. 1, p. 131-140.

PAZOS, J. V. G.; CASTRO, J. O.; MOYSÉS, R. P. C.; LOPES, F. N. B.; FERREIRA, B. O. A evolução da mortalidade materna e o impacto da COVID-19 na Região Norte do Brasil: uma análise de 2012 a 2021. **Saud Pesq.** 2023, v. 16, n. 2, e-11707.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **PlanificaSUS: A Planificação da Atenção à Saúde.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, Workshop de Abertura, 2019.

SCHWEICKARDT *et al.* **Somos ribeirinhos: pensamento, território e cuidado.** A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM. 1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021. 234 p.

RIBEIRO *et al.* **A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas.** A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM. 1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021. 234 p.

SOARES *et al.* **Os territórios na produção da saúde: mapeando lugares e fluxos.** A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM. 1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2021. 234 p.

CAPÍTULO 4:

A equidade no SUS por meio da regionalização: o que diz a literatura científica?

*Mayra Costa Rosa Farias de Lima
Lenina Jordana Bastos de Macedo
Maria Gabriela Vaz de Oliveira
Camila Soares Teixeira
Rodrigo Tobias*

Introdução

Muitos avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) foram alcançados nos últimos 33 anos de existência. As políticas de equidade e a regulação da lei ordinária representam conquistas essenciais para a garantia da universalidade de um sistema de proteção social, o que necessita uma análise mais densa sobre a justiça social diante das regionalidades brasileiras no enfoque da saúde pública.

A equidade pode ser compreendida como a justiça social para atender as diferenças que existem nas necessidades de uma população, atribuindo a especificidade que é devida na resolução de problemas do cotidiano. Em um território tão múltiplo como o Brasil é trivial levar em consideração as distintas formas de viver e coexistir socialmente, englobando as diferenças étnicas, socioculturais e regionais (SILVA; ALMEIDA, 2009).

O acolhimento no SUS inclui receber toda e qualquer pessoa independente de suas particularidades. Mais ainda, ter este conceito como princípio fundamental é também levar saúde com qualidade a lugares remotos, nas mais diversas e possíveis situações e assegurar o direito fundamental à saúde de todos (GRANJA *et al.*, 2011). Para dar curso a este processo capilar de levar saúde a toda a extensão territorial brasileira, surge a regionalização da saúde como princípio doutrinário do SUS, que ordena a descentralização

dos serviços de saúde mais próximos das necessidades das pessoas (REGIONALIZAÇÃO, 2011).

A regionalização em saúde consiste em reparar danos causados pela fragmentação na prestação dos mais diversos serviços, que pode diretamente aumentar as desigualdades sociais e de próprio acesso a uma saúde equânime e de qualidade (VIANA; IOZZI, 2019). Esse processo se materializa através das Redes de Atenção à Saúde – RAS que operam como uma malha organizativa que integra os diferentes níveis de cuidado, as variadas densidades tecnológicas e serviços de saúde e que contam com apoio logístico, técnico e de gestão, permitindo o trânsito do indivíduo por todo o sistema de saúde, mediante a necessidade apresentada (BRASIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014).

As desigualdades saltam quando se trata da Região Norte e Nordeste. Isso é evidenciado, por exemplo, na quantidade de médicos atuantes nas regiões de grande vulnerabilidade socioambiental, possuindo o menor percentual de profissionais médicos com registro de atuação nessas localidades. Isso não permite um cenário justo de comparação entre regiões, apenas destaca as disparidades presentes, fazendo com que as desigualdades sociais sejam ainda mais reforçadas. As deficiências que se apresentam no curso da saúde aqui na região transcorrem pelas problemáticas de dificuldade de vinculação de recursos humanos para atenderem nos ambientes de saúde, a baixa infraestrutura relacionada à média e alta complexidade nas áreas mais remotas dos Estados que acarretam prejuízos diretos às populações específicas desses ambientes (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Ao observar o Brasil e sua pluralidade, a análise da capacidade do Sistema Único de Saúde em oferecer serviços desiguais para seres desiguais, se faz cada vez mais necessário e com caráter urgente. A elaboração de estratégias de ofertas de serviços de saúde que se aproxime do cotidiano dos territórios significa pensar a regionalização em saúde para além dos contextos dos grandes centros urbanos e adotando critérios de desenvolvimento social econômico, de escala de uso dos serviços pela população, de oferta dos equipamentos de saúde inerente as necessidades de saúde de diversas localidades ao longo do Brasil (BRASIL, 2013).

Diante disso, é premente a busca de referenciais teóricos que traduzam os avanços das políticas de regionalização da saúde na interface com a equidade no contexto das desigualdades regionais brasileiras. Assim, o presente estudo tem como objetivo demonstrar evidências científicas atualizadas sobre os modelos regionais de atenção à saúde dispostos no Brasil que reflete o princípio da equidade em saúde do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo bibliográfico, tipo Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. A escolha deste método foi por oportunizar um profundo entendimento de um determinado fenômeno com embasamento científico através de pesquisas já realizadas. Os procedimentos realizados para esta revisão seguiram as seguintes etapas: (1) identificação do tema e da questão norteadora; (2) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão; (3) categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos; (5) interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

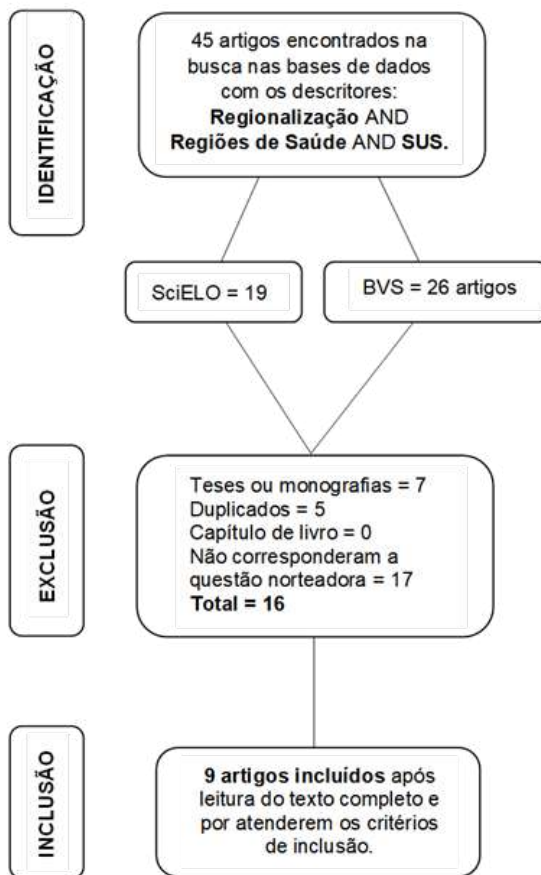
Este trabalho tem como objetivo analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a equidade no SUS por meio da regionalização. Para tanto, a pergunta de pesquisa do presente trabalho foi definida a partir da estratégia PICO, que prevê a definição de população e/ou problema (P), fenômeno de interesse (I), contexto de interesse (Co) (LOCKWOOD *et al.*, 2020). Pretende-se responder à questão norteadora: De acordo com as evidências científicas disponíveis, o processo de regionalização traz mais equidade para o SUS?

A seleção dos artigos foi realizada no mês de dezembro de 2022. Foram realizadas buscas nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Foram considerados trabalhos em português, inglês e espanhol. Estas bases de dados foram escolhidas por atingirem vasta literatura publicada sobre a temática abordada nos âmbitos nacional e internacional, além de incluir periódicos conceituados na área da saúde. Para as buscas, foram utilizados descritores controlados segundo a padronização do DeCs/MeSh, como “regionalização” e “SUS”, foi utilizado também descritor não controlados como “regiões de saúde”, por este estar ligado diretamente ao tema proposto. Empregou-se, para a combinação destes descritores nas bases, o operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: (a) artigos publicados entre janeiro de 2018 a dezembro de 2022; (b) estudos que abordassem diretamente a temática de interesse; (c) estudos que estivessem disponíveis gratuitamente para leitura na íntegra e (d) estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos: (a) materiais como monografias, editoriais, livros, capítulos de livros, resenhas e resumos em anais de congressos; (b) artigos de revisão de literatura e (c) estudos sobre elaboração e validação de instrumentos científicos. Os estudos que se repetiram em mais de uma base de dados foram computados apenas uma vez.

As buscas nas bases de dados originaram um total de 45 artigos, foram encontrados 26 artigos na BVS e 19 artigos no SciELO. Na primeira etapa da análise, excluíram-se 5 artigos duplicados. Posteriormente, foram excluídos 7 artigos, por se tratar de monografias, editoriais, livros, capítulos de livros, resenhas e resumos em anais de congressos. Restaram 16 artigos para leitura na íntegra e, após essa leitura, 7 artigos foram excluídos, por não abordarem a temática diretamente, totalizando 9 artigos, que compuseram este estudo de revisão. A Figura 1 apresenta o fluxograma de estratégia de seleção dos estudos de acordo com o checklist do Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studie (PRISMA) (PAGE *et al.*, 2021).

Figura1 – Fluxograma de busca e seleção dos artigos.



Fonte: Autoria própria.

Resultados

Foram encontrados nove (9) publicações concernentes ao tema e pergunta de pesquisa propostos para a realização dessa revisão integrativa. Dos artigos selecionados, foram destacados autor, ano, periódico, descritores e achados relativos ao tema proposto conforme mostra tabela síntese abaixo.

Tabela 1 – Artigos encontrados após filtro (n=9).

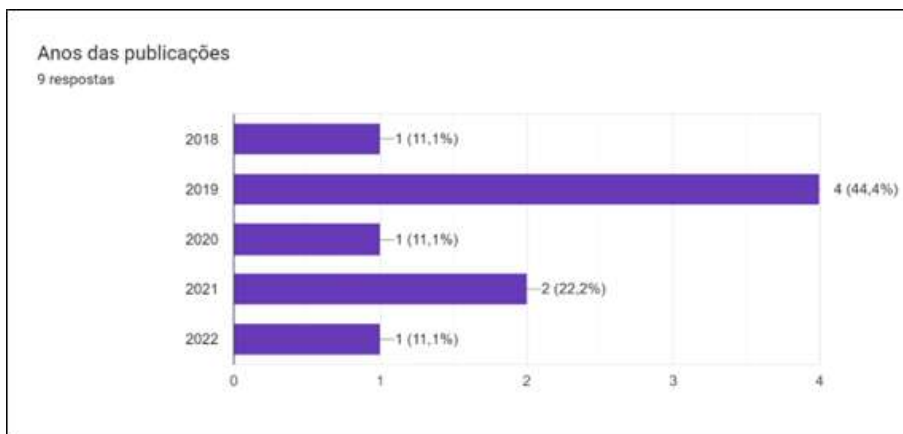
AUTOR E ANO	PERIÓDICO	TÍTULO	DESCRIPTOR	ACHADOS RELATIVOS AO TEMA PROPOSTO
(CASANOVA et al., 2018)	Ciência & Saúde Coletiva	Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal	Governança, Regionalização, Rede social, Sistemas de saúde, Políticas públicas de saúde	O desenho dos sistemas de saúde dos países fronteiriços, com acesso e coberturas bastante limitados, tem como consequência a busca de assistência no SUS por estrangeiros, onerando a programação físico/financeira dos municípios brasileiros.
(ALBUQUERQUE et al., 2019)	Cadernos de Saúde Pública	Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras	Regionalização; Vigilância em Saúde Pública; Avaliação em Saúde	Os resultados deste estudo mostram que, em geral, quanto maior o nível de desenvolvimento socioeconômico e da oferta de serviços, melhor o desempenho da regionalização.
(OLIVEIRA, et al., 2019)	Cadernos de Saúde Pública	Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde	Acesso aos Serviços de Saúde; Regionalização; Desigualdades em Saúde	As barreiras de acesso relacionadas à Acessibilidade Geográfica são marcantes em três das regiões consideradas: Baixada Cuiabana, Manaus e Petrolina/Juazeiro.
(TESTON et al., 2019)	Saúde em Debate	Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre	Sistema Único de Saúde. Políticas públicas de saúde. Regionalização. Geografia.	As múltiplas realidades territoriais existentes e a importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde influenciam o processo de regionalização do SUS nos estados brasileiros.
(VIANA; IOZZI, 2019)	Cadernos de Saúde Pública	Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil	Regionalização; Desigualdades em Saúde; Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde; Política de Saúde	Os entraves e desafios postos para a política de regionalização da saúde no Brasil são de diferentes ordens e distintas naturezas, guardando extrema complexidade.
(SILVA JUNIOR et al., 2020)	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil	Saúde bucal; políticas públicas de saúde; Planejamento Regional de Saúde; especialidades odontológicas; Brasil.	Diante de ingerências político-partidárias e constrangimentos impostos pelo subfinanciamento do SUS, reforça-se a importância do papel da gestão estadual na condução das políticas de saúde e das redes regionalizadas.
(OLIVEIRA, et al., 2021)	Revista Baiana de Saúde Pública	O processo de regionalização da saúde em um estado do nordeste brasileiro	Política de saúde. Planejamento em saúde. Regionalização	Regionalizar é um debate federativo, pois compreende o acesso equitativo, tendo como referência o lugar em que acontece e funciona a vida das pessoas, extrapolando a concepção de eficiência administrativa.
(COELHO et al., 2022)	Ciência & Saúde Coletiva	Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil	Saúde mental, Assistência à saúde mental, Regionalização, Redes comunitárias, Sistemas Nacionais de Saúde	A análise da regionalização da saúde no SUS possibilita identificar particularidades da atenção psicossocial em determinados territórios, ligadas a fatores históricos, econômicos e sociais que produzem diferenças nas condições de saúde, oferta de serviços, cobertura, recursos humanos e financiamento.
(SHIMIZU et al., 2021)	Ciência & Saúde Coletiva	Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios	Saúde coletiva, Regionalização, Gestores de saúde	A regionalização tem alcançado uma formatação bastante profícua, sobretudo no sentido de superar os limites impostos pelo complexo sistema federativo brasileiro. Contudo, depende de emendas parlamentares, para compor um orçamento para atender às necessidades das regiões de saúde.

Fonte: Da pesquisa.

Quanto ao delineamento metodológico, pode-se observar que dentre os resultados selecionados, predominou os estudos qualitativos, totalizando quatro artigos. Também foram utilizados métodos como quantitativos dos tipos: estudo avaliativo, estudo transversal, estudo misto e estudo descritivo, todos com apenas um manuscrito de cada.

Do total de artigos encontrados, observou-se que a maioria foi publicada em 2019, com quatro artigos, e dois deles foram publicados em 2021, os demais foram publicados no período de interesse da pesquisa, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição dos anos de publicação.



Fonte: Autoria própria.

Em relação ao idioma, não foi achado nenhum artigo em outra língua que não a portuguesa, foi achado apenas artigos que tinham tradução para inglês e espanhol, o que evidencia uma predominância do português para estudos com a temática da regionalização no SUS.

Discussão

Os estudos levantados na literatura representam no período proposto a atualização de interações de políticas do SUS que promovem a equidade na perspectiva operacional da regionalização em saúde. Em sua totalidade, os achados evidenciam publicações em periódicos brasileiros destinados a enfrentar os desafios da desigualdade regional e do planejamento territorial, de forma a fomentar a política de saúde no nosso país. Visando uma melhor dinâmica para

compreensão a discussão do estudo foi dividida entre dois principais pontos achados na revisão: desigualdades regionais e políticas de saúde e gestão regionalizada e redes de atenção.

Desigualdades regionais e políticas de saúde

A regionalização é pressuposta para organização dos serviços de saúde, considerando as legislações vigentes em consonância das especificidades do território. Para Coelho (2022), a regionalização considera a heterogeneidade acerca da população que vivem nas regiões de saúde, sobretudo em áreas de fronteiras amazônicas que é atingido pela cobertura flutuante dos usuários e oferta de serviços limitados e mais onerosos (CASANOVA *et al.*, 2018). Isso sobrecarga os sistemas locais de saúde que tem o dever de ofertar serviços de atenção básica em áreas de fluxos populacionais intensos não previstos e invisíveis ao sistema de informação, como na fronteira tríplice no Amazonas e cidades fronteiriças no Acre, Amapá, Roraima e Rondônia. Essas regiões apontam evidências.

Diante da existência de entraves relacionados a efetivação da regionalização é preciso enfrentar a debilidade da autonomia municipal associada a dificuldades da execução proposto por lei e pelo orçamento da saúde. Na Amazônia, as cidades pequenas têm uma relação com as cidades médias do tipo centro-periferia, instituindo interações técnicas e políticas (SANTOS, SILVEIRA, 2008) que interfere no acesso aos serviços de saúde. Serviços de média e alta complexidade concentram-se nas capitais da região norte, sobretudo no Amazonas, o que exacerbam a fragmentação e a insuficiência de oferta de cuidados nos demais municípios (AMAZONAS, 2016).

O protagonismo dos estados nessa formação e fortalecimento das regiões de saúde é característica primordial para a promoção da equidade e integralidade da atenção em saúde. Os entes estaduais têm a capacidade técnica e financeira para contribuir e organizar as regiões no conjunto dos sistemas locais municipais, visando diminuir as desigualdades geográficas, aumentando a equidade na política de regionalização. Para Shimizu *et al.* (2021), a regionalização, baseado na equidade de ofertas de serviços, deve considerar governança colaborativa de acordos políticos entre gestores dos sistemas locorregionais de saúde, pois assim, produzem anuências sobre os fluxos assistenciais alinhados com as necessidades da população e otimizam o papel de comissões regionais na produção de um planejamento integrado, visando à região de saúde como espaço efetivo (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Ainda sobre os desafios que envolvem as desigualdades regionais, Teston *et al.* (2019) mencionam a necessidade de novas metodologias que avaliem de forma qualitativa o repasse de recursos destinados à saúde. As transferências

de recursos financeiros que dependem da produção ambulatorial hão de conjecturar que o financiamento do governo federal para os municípios seja parcial e não suficientes. Segundo Simão e Orellano (2015), gastos municipais desiguais podem favorecer situações de desfavorecimento dos pequenos municípios que fazem investimentos desproporcionais, dada as condições únicas de repasse pelo governo federal. Para Shimizu *et al.* (2021), os recursos financeiros para oferta de serviços dependem de relação política e de repasses de emendas parlamentares, criando clima de concorrência e competição entre municípios de uma região e afluindo ainda mais as desigualdades sociais e as iniquidades do acesso aos serviços, sobretudo nos municípios de pequeno porte.

Ao observar também outras perspectivas, a realidade das fronteiras compreende lócus de diferenças no acesso aos serviços e processos de regionalização da saúde. Para Levino, uma vez que a saúde em zona de fronteira sofre grande influência pela mobilidade populacional a qual afeta o sistema assistencial, há um incremento no risco de emergência e reemergência de doenças (OLIVEIRA, 2008), particularmente entre os grupos mais vulneráveis na região de tríplex fronteira amazônica. (LEVINO, 2011). Não obstante, as fronteiras dos estados do nordeste e norte brasileiros enfrentam desafios históricos, como a forte ingerência do poder político eleitoral com os chamados bolsões eleitorais e, na região Norte, dificultam a assiduidade dos gestores municipais nos fóruns de pactuação intergovernamentais, incluindo os Colegiados de Gestão Regional (LIMA *et al.*, 2012).

Trazendo para a região Amazônica, as intervenções são ainda mais complexas pois necessitam de contextos organizacionais específicos que ultrapassem parâmetros geográficos e atendem ao fluxo de vida da população deste território. Quanto a acessibilidade geográfica, Oliveira (2019) aponta barreiras importantes no sistema como a necessidade de deslocamento superior a duas horas para chegar à área de assistência, associada ao custo destes transportes, trajeto este que se torna intenso em situações extremas de saúde, barreira esta constante em quase todas as regiões. Diante das barreiras, modelos tecnoassistenciais de saúde tem surgido nas inovações do território fluido da atenção básica amazônica, tais como as Unidades de Saúde Fluvial. Tais estruturas deslocam o conceito de território adscrito dos serviços de saúde, tornando a organização do sistema de saúde flexível o suficiente para ser capaz de acolher as invenções nos territórios (KADRI *et al.*, 2019), condição essencial para pensar uma regionalização viva (REIS *et al.*, 2017) a partir dos contextos específicos da Amazônia.

Viana (2019) corrobora com informações acerca dessas barreiras no processo de regionalização, por exemplo ao afirmar que os problemas estruturais se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades, em conjunto com a baixa adesão de atores, segundo os quais tem dificuldade de consenso

e complexidade nessa política, afirmando a ausência de protagonismo regional. Além disso, a rede de atenção psicossocial em Minas Gerais também pode ser afetada de maneira pela consolidação da regionalização em saúde (COELHO, 2021).

Gestão regionalizada e redes de atenção

De forma geral, as discussões apontam para a necessidade de revisitar as ferramentas que apoiam as tomadas de decisões dos gestores, baseada em uma gestão regionalizada em contextos de iniquidades de acesso aos serviços de saúde. Essa gestão regionalizada deve estar comprometida com os desafios locais de tal forma que oportunize aos gestores, trabalhadores, usuários e formadores a possibilidade de reflexão e aprendizagem capazes de operar as mudanças necessárias na implementação das regiões de saúde e das redes de atenção, como também na articulação e cooperação interfederativa solidária – estratégias fundamentais para a construção do direito a saúde no país (SCHWEICKARDT *et al.*, 2015).

O desempenho de regionalização foi observado em alguns estudos como premissa para a promoção da equidade em saúde. Na pesquisa “Redes e Regiões” no Brasil, o desempenho das regiões de saúde na perspectiva da vigilância em saúde foi considerado satisfatório apenas em uma região, sendo quatro regiões intermediárias e uma região insatisfatória. Somado a isso, os melhores desempenhos das regiões foram no âmbito da política e organização dos serviços, e o mais frágil foi no quesito infraestrutura (ALBUQUERQUE, 2021). Assim, observou-se a complexidade de diferentes regiões quanto a estrutura e oferta de saúde, de forma que quanto melhor estruturada a oferta de serviços de acordo com a necessidade de saúde da população, melhor o desenvolvimento da regionalização da vigilância em saúde.

Sobre a percepção de gestores acerca da regionalização, Albuquerque (2021) aponta sobre quais os desafios percebidos pelos gestores. Tem-se como principais temáticas desafiadoras para a implantação da regionalização: a) dificuldades na apropriação de espaços de pactuação e cogestão e pouca participação da Vigilância em Saúde nas pautas de discussão da Comissão Intergestores Regional (CIB); b) integração das ações da vigilância e atenção básica; c) atuação da vigilância nas redes de atenção à saúde; d) e inexistência de normativas que regulem o financiamento regional.

Sobre especificidades regionais, Oliveira (2019) verifica em seu estudo a presença de barreiras de acesso nas regiões, as disponibilidades de profissionais de saúde em especial a equipe médica e a aceitabilidade. Nesse sentido, foi observado que as regiões Sul e Sudeste foram consideradas como aquelas com menos barreiras no acesso aos serviços de saúde regionalizadas. Diante

disso, reforça-se a necessidade de pactuação federativa e acordos horizontais levando em consideração os territórios vivos e que não obedecem aos limites geográficos dos municípios e estados.

A governança interfederativa e colaborativa representa uma ferramenta potente e imprescindível para a implementação das regiões de saúde. Diante da baixa implantação e desenvolvimento, é preciso a participação efetiva de entidades regionais, estaduais e federais e de suas capacidades de articulação e planejamento. Segundo Casanova (2018), governança é entre suas facetas, concebido como rede de política, a partir do manejo de interesses mediados por diversos fatores. A partir disto, podemos entender que a governança regional e suas diversidades de atores compreendem territórios vivos, pois individualizam processos levando a governança e atores a buscar estratégias mais reais e significativas para vida das pessoas nos lugares.

Oliveira (2021), traz um cenário de reflexão sobre o estado da Bahia, o qual a regionalização foi realizada de forma de descentralização administrativa de forma ideal em conjunto com a secretaria estadual como protagonista em planejamentos e fluxos assistenciais. Como elencado por outros autores acima e discutido em grande parte deste projeto, a regionalização depende muito da participação de atores municipais, regionais e estaduais em conjunto para administração, organização e planejamento.

Quanto ao cenário da descentralização administrativa da gestão da saúde, em 1970, a Bahia foi pioneira na descentralização, estabelecendo as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), sendo articulada com a municipalização apenas em 1990. Porém o autor ainda aponta empecilhos neste processo, o que os levou em 2015 a operacionalizar uma mudança no cenário das regiões de saúde, substituindo as trinta e uma DIRES por nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) em busca de ampliar a atuação em questão territorial. Em conjunto com o regulamentado existem também dois outros atores que trabalham em conjunto auxiliando as regiões que não possuem NRS: Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as unidades de Bases Operacionais em Saúde (BOS). Porém, a análise de dados da pesquisa de Oliveira (2021) ainda mostra a centralização das decisões na gestão estadual. Algumas características e necessidades importantes foram elencadas pelo autor acerca do processo de regionalização na Bahia, dentre elas: fortalecimento e ampliação da participação de conselhos nas discussões; permanência de profissionais de saúde nas regiões; elaboração de instrumentos de gestão com participação ativa de outros gestores; e infraestrutura.

Quando se trata sobre regionalização muito se associa a descentralização, entretanto, é preciso desenvolver o entendimento e o debate que compreende a vida das pessoas e o funcionamento e sustentabilidade que vai além do admi-

nistrativo. Oliveira (2021) relata que isto implica em uma série de apontamentos acerca do arranjo da gestão da saúde, observando uma visão compartilhada do ambiente geográfico e do processo de saúde, em diferentes escalas e por diferentes atores. O entendimento visa fomentar ainda espaços de participação social e discussão sobre as questões da regionalização, visando assim sensibilizar os gestores, trabalhadores e usuários sobre aspectos da uma gestão regionalizada e que vise a promoção da equidade em saúde.

Considerações Finais

Tendo em vista tudo que foi exposto até o momento, fica evidente a importância da regionalização dentro do cenário da promoção da equidade e da integralidade do acesso aos serviços de saúde no país, e como essa estratégia deve ser pensada de forma inteligente e territorial, atentando-se para as influências externas de globalização e internas de desenvolvimento do Brasil.

O presente estudo apontou evidências científicas sobre o processo de regionalização que produz mais justiça social e que incorpora aspectos da vida das pessoas. A regionalização propõe sua efetivação, necessitando de análise objetiva em cada região do país, quanto aos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos para que se torne um instrumento não apenas regulatório, mas também emancipatório, em direção à universalidade, à equidade e ao atendimento integral. Segundo Paim (2009), a organização dos sistemas de saúde vem buscando ao longo das últimas décadas avançar na regionalização em todo o país. Assim, a busca de mais equidade, humanização e integralidade para o sistema, se trata de perspectivas promissoras para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Concluimos portanto que, para promover um processo de territorialização vivo com consequências favoráveis a oferta de serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, a regionalização viva, equitativa e integral parte de processos de governança local com participação social. Desta forma, a literatura apontou que a equidade do SUS tem acontecido em cenas específicas do SUS, dada a diversidade e potencialidade dos territórios diferenciados e que os processos de regionalização, enquanto política pública de aproximação de serviços especializados junto à população que mais necessita, precisam integralizar o cuidado em saúde por meio de governança solidária, cooperativa e participativa entre os atores e agentes públicos. Além disso, planejamentos ascendentes e territoriais coordenam ações e medidas gestoras, baseada em estudos prévios sobre os padrões de adoecimento e morte, bem como observando potencialidades inovadoras do território vivo da saúde como premissa de ressignificar políticas de saúde regionalizadas.

Em conclusão, a regionalização é uma estratégia que visa a organização de territórios vivos constituídos de uma gestão regionalizada, menos desigual. As vantagens da regionalização podem proporcionar para o país um sistema de saúde mais justo e eficiente, capaz de atender às necessidades e demandas da população de forma mais equânime. É importante ressaltar que a regionalização precisa ser acompanhada de políticas e ações que garantam a participação da população na definição das prioridades de saúde, além de assegurar a equidade na distribuição de recursos e serviços, para que seus benefícios sejam efetivamente alcançados.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, A. C. *et al.* Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. supl. 2, p. e00065218.

AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019**. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização. 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao/regionalizacao>.

BRASIL (Org.). **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1a edição**, 1a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

CASANOVA, A. O. *et al.* Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 10, p. 3163–3177.

COELHO, V. A. A. *et al.* Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022, v. 27, n. 5, p. 1895–1909.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 4, p. 1225–1234.

GRANJA, G. F. *et al.* Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2011, v. 34, n. 1, p.

74. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/14>.

KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, F. M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface**. 2019; v. 23, p.e180613.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Rev. Panam Salud Publica**, 2011, v. 30, n. 5, p.490-501.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, v. 17, n. 11, p. 2881–2892.

LOCKWOOD, C. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan Americana de Saúde; CONASS, 2011, p. 554.

MENDES, K. D. S. *et al.* Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 2008, v. 17, n. 4, p. 758-764. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt> >.

OLIVEIRA, R. A. D. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. 11, p. e00120718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305003&tlng=pt.

OLIVEIRA, V. B. *et al.* O processo de regionalização da saúde em um estado do nordeste brasileiro. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2021, v. 45, n. 3, p. 108–128, 24. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3376>.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA; 2008.

PAGE, M. J. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews**. **BMJ**, 2021, p. n71. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.n71>.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

REIS, A. A. C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 4, p. 1045–1054.

REGIONALIZAÇÃO E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MATO GROSSO. **Plataforma Região e Redes**. 2021. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-rede-de-atencao-a-saude-em-mato-grosso/>.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 8 ed. São Paulo: Record; 2008.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2007, v. 15, n. 3, p. 508–511.

SCHWEICKARDT, J *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas** [Org.] – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2015. 240 p.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, v. 26, n. supl. 2, p. 3385–3396.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al.* Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2020, v. 30, n. 4, p. e300404.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos** (São Paulo), 2015, v. 45, n. 1, p. 33–63.

TESTON, L. M. *et al.* Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde em Debate**, 2019, v. 43, n. 121, p. 314–328.

VIANA, A. L. d'Ávila; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. supl. 2, p. e00022519.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, v. 25, n. supl. 2, p. s217–s226.

CAPÍTULO 5:

Informação em saúde, letramento informacional e literacia para a saúde na pandemia de COVID-19: a saúde indígena em tempos de pandemia na Amazônia Legal

*Emmanuel Bohrer Júnior
Lizandra Brasil Estabel*

Introdução

De acordo com documento produzido pela American Library Association (ALA), em 1989, intitulado “*Presidential Committee on information literacy: Final Report*”, uma pessoa competente em informação, é capaz de reconhecer a necessidade de uma informação e saber localizar, avaliar e usá-la eficazmente. Ou seja, são àquelas que aprenderam a aprender e são sabedoras de como o conhecimento é organizado, como fazem para encontrar a informação e como a utilizam, atuam como mediadora, sendo possível que outras pessoas aprendam a partir dela e desenvolvam a competência informacional.

Aliado a isso e devido à complexidade da sociedade atual, faz-se necessário o uso das Tecnologias de Informação e de Comunicação (TIC) que, conforme afirma Castells (1999) são consideradas fundamentais para o acesso à informação e para o desenvolvimento do conhecimento e da sociedade.

A sociedade, em geral, tem cada vez mais utilizado as redes sociais para a busca de informações. O uso da rede social é uma prática cotidiana do público

em geral e preocupa a falta de iniciativas para a preservação digital, bem como a qualidade da informação e a confiabilidade.

Mueller (2007, p. 143) comenta que “a preocupação com a informação científica está na origem da ciência da informação”. A autora também menciona que para Saracevic (1996), a ciência da informação está inexoravelmente ligada à tecnologia. A tecnologia tem sido o pilar nas ações e atividades de profissionais de informação, qualquer que seja a sua área, o que implica pensar também esses ambientes, particularmente o ciberespaço e a virtualidade e a sua repercussão na educação e na formação profissional, na economia, na sociedade e na cultura.

Griffiths e King (1985, p.81, p.9) e Escalona Ríos (2010, p.3) entendem que a definição de “*competência profissional*” envolve conhecimentos, habilidades, atitudes e procedimentos para os profissionais participarem de modo ativo, competitivo e criativo nos processos. Rodríguez García, Martínez e Sánchez (2017) afirmam que dinamismo, imediatismo, rapidez, interligação, consumo, conectividade, colaboração são recursos que acompanham o processo transformador das estruturas de uma sociedade que já é denominada digital.

Nesta perspectiva e em atendimento a necessidade de acesso, uso e produção de informação em saúde para o indígena, foi realizado este estudo qualitativo, com coleta nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de dados e demais informações oriundas dos departamentos centrais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que contextualizam a literacia em saúde indígena. O levantamento dos temas competência informacional e literacia em saúde em bases de dados, bem como os documentos da SESAI, contribui para este estudo, possibilitando identificar e perceber as necessidades e o impacto da informação em saúde na vida das pessoas e na tomada de decisão em relação a sua saúde e de uma comunidade.

Do Letramento Informacional à Literacia para a Saúde

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o letramento informacional e funcional em saúde deve ser observado, levando em conta a motivação e capacidade das pessoas em acessar, compreender e fazer uso de informações que visem a promoção e manutenção de sua saúde. Considera que as habilidades cognitivas e sociais dos indivíduos são imprescindíveis e vão além, por exemplo, de um processo mecânico da leitura de um panfleto ou da marcação de uma consulta médica (WHO, 2010).

Lewenstein (2003) menciona que devem ser verificadas as diferenças nas dimensões do conceito de literacia em saúde com o conceito de letramento infor-

macional, pois o conceito de literacia em saúde é mais complexo e abrangente e, sua adoção nos programas de saúde pública brasileira ainda é recente, existindo a necessidade de se verificar se a aplicação do conceito é instrumental ou de fato, principalmente em relação à saúde do cidadão, pois visa a promoção de sua autonomia. De acordo com Pleasant e Kuruvilla (2008) a capacidade dos indivíduos de entender, avaliar e aplicar informações e usá-las para tomar decisões, visando melhorias na sua saúde ou na redução de desigualdades, são ressaltadas nas diferenças das definições e abordagens clínicas conceituais e públicas da saúde.

Segundo Dudziak (2003), a literacia informacional apresenta um significado bem mais amplo do que a simples soma dos termos literacia e informação. A própria informação tem um conceito complexo, reunindo muitas interpretações e definições, dependendo da área do conhecimento em que está inserida, mas para efeito de simplificação, entende-se que jamais estará dissociada da comunicação e é conglomerado de representações mentais – já codificadas e contextualizadas que possam ser comunicadas, enquanto que literacia têm a ver com a habilidade do indivíduo de ler criticamente, de compreender matérias, de fazer uso de materiais complexos e aprender por si mesmo.

A literacia informacional em saúde envolve aspectos de interpretação da leitura de determinado material, das ferramentas utilizadas no processo educativo de saúde e dos meios de sua divulgação - atuações essas que são interdisciplinares e multiprofissionais. Muito além dos setores sociais que devem estar envolvidos – os sistemas educativos, de saúde e culturais necessitam ser e estar envolvidos, atuantes e assumindo as devidas responsabilidades para melhorar a literacia em saúde (BERKMAN; DAVIS; MCCORMACK, 2010).

Atualmente, segundo Serafim (2011, p.19) o uso de coleções e de fontes informação em saúde promovem a capacitação dos usuários – principalmente no que se refere a sua autonomia, diante de “desafios informacionais em diferentes áreas da vida humana. Dentre elas, habilidades de avaliar a credibilidade, exatidão, atualidade e aplicabilidade das informações, assim como habilidades tecnológicas para a busca e recuperação da informação”. E, de acordo com WHO (2012), as bibliotecas auxiliam na literacia em saúde (conjunto de habilidades cognitivas impactantes na motivação e capacidade das pessoas em acessar, compreender e utilizar informação na promoção e manutenção de sua saúde), fazendo uso das estratégias de letramento informacional – na capacidade de localização, avaliação e utilização eficaz da informação.

Para Saboga-Nunes (2014) a literacia em saúde “é uma conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão gestão e investimento favoráveis à promoção da saúde”. Ainda, segundo o autor, a terminologia no contexto científico é pouco utilizada e, ocasionalmente, tem

sua tradução para letramento em saúde ou alfabetização em saúde, termos estes, vinculados ao cenário de adaptações de informações focadas em aspectos básicos e funcionais segundo as necessidades que cada pessoa desenvolve no âmbito dos serviços de saúde, ou seja, focada na doença. Assim, a Literacia para a Saúde, envolve um conceito mais dinâmico, progressivo e reflexivo – sabendo-se que a retenção desse conhecimento gera sobre a saúde e não só sobre a doença e ou sua gestão.

Destaca-se o papel do bibliotecário como mediador da informação que potencializa a recuperação da informação de maneira mais efetiva e com mais qualidade, permitindo que as pessoas compreendam melhor e tenham mais aceitação das informações referente aos cuidados e processos no que se refere à saúde, tornando-se mais independentes informacionalmente. Os requisitos informacionais referentes à literacia em saúde são

(...)o conhecimento individual, motivação e competências no acesso, compreensão, avaliação e aplicação da informação em saúde, permitindo a capacidade crítica e de decisão no cotidiano e em assuntos relacionados com cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde e que permite a manutenção ou melhoria da qualidade de vida (MARQUES, 2015, p. 6).

A importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar junto à comunidade é significativa para que possibilite uma maior compreensão nos aspectos relacionados à saúde e à doença e que levem a população a buscar meios de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Conforme a OMS, estas práticas devem acontecer em âmbito governamental e político, da sociedade civil organizada e do setor privado - que poderão desta forma colaborar para a promoção do letramento em saúde e enfrentar todos os desafios que poderão surgir (SERRÃO; VEIGA; VIEIRA, 2015).

Para Santos e Portela (2016), a literacia em saúde consiste na capacidade de acessar, conhecer e interpretar informações básicas em saúde e ser capaz de tomar decisões ajustadas visando melhorias na qualidade de vida e promoção da saúde. Consideram ainda a importância da interpretação da informação para a tomada de decisão apropriada e a administração do autocuidado em saúde.

Pandemia COVID-19 nas comunidades indígenas da Amazônia Legal e providências tomadas

A OMS declarou o surto do novo Coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 (OPAS, 2020). Essa decisão teve como objetivo aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. O reconhecimento de que

os surtos de COVID-19 constituíam uma pandemia ocorreu em 11 de março de 2021.

De acordo ao Secretário-Geral da ONU, a pandemia do COVID-19 é acima de tudo uma crise humana com graves consequências sanitárias e socioeconômicas, que afeta desproporcionalmente certas comunidades indígenas. O Ministério da Saúde (MS) declarou, por meio da Portaria GM/MS nº 454, de 20 de março de 2020, o reconhecimento da transmissão comunitária do novo Coronavírus (SARS-CoV-2) em todo o território nacional. Em termos práticos, a declaração foi um comando do MS para que todos os gestores nacionais adotassem medidas com vistas a promover o distanciamento social e evitar aglomerações, conhecidas como medidas não farmacológicas, ou seja, que não envolvem o uso de medicamentos ou vacinas.

Por não disporem de vacinas e de medicamentos capazes de conter o avanço da COVID-19, na época, o maior impacto ocorreu em grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, por haver uma limitação no cumprimento das medidas de distanciamento social para prevenção da doença, somada às situações de desigualdades estruturais pré-existentes. Esse é o caso dos Povos Indígenas, os quais foram e são afetados no plano socioeconômico, e enfrentam acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e culturalmente apropriados. Esses fatores, adicionados ao perfil epidemiológico, à discriminação e estigmatização dos indígenas, aumentam o risco de contrair a doença e conduz à mortalidade conexa.

O MS utiliza o Plano Nacional de Saúde (PNS) como instrumento balizador para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e de seus programas - que orienta a atuação da esfera federal em sua coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o estabelecimento das diretrizes, prioridades, metas e indicadores para o período de 2020 a 2023.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) - integrante do Ministério da Saúde, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) - único ao nível mundial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o território nacional, foi criada a dez anos. E, ao logo desse período, surgiram problemas a serem resolvidos, como fortalecer a atenção primária (básica) e especializada (secundária, permitindo acesso a médicos especialistas e manter a educação permanente das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para o atendimento da atenção primária à saúde indígena nos territórios espalhados em todo o território nacional (BRASIL, 2010).

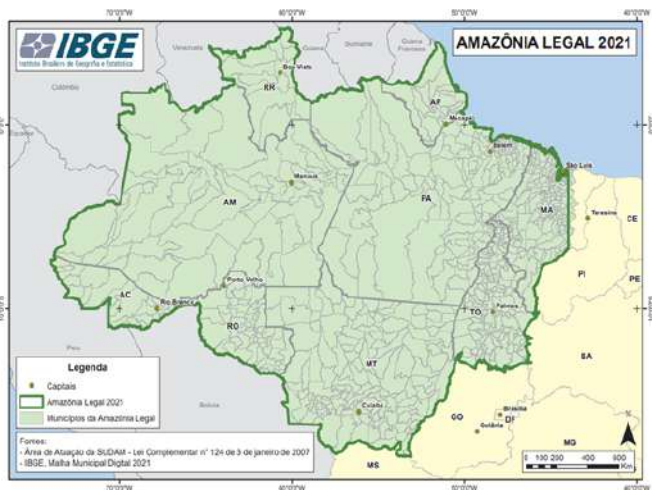
Atualmente, a SESAI atende cerca de 763 mil indígenas, residentes em aproximadamente 6.600 aldeias, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Nesta configuração conta-se com 305 etnias

diferenciadas, que falam 274 línguas distintas. Sendo que cada comunidade tem sua cultura - seus costumes, as suas tradições, religiões e modos de organização social próprios, se baseiam em um modelo de gestão e de atenção descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e com responsabilidade sanitária e, de acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) encontram-se dispersos numa extensão territorial indígena de 1.135.182,35 km² resultando em problemas de logística, devido à distância e as dificuldades de acesso às aldeias.

Em outro contexto sócio geográfico existe a Amazônia Legal que engloba a totalidade de oito estados (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins) e parte do Estado do Maranhão (a oeste do meridiano de 44°W). Nela residem 56% da população indígena brasileira. Segundo o IBGE (2022), a Amazônia Legal apresenta uma área de 5.015.067,86 km², correspondendo a cerca de 58,93% do território brasileiro. Do total das 772 sedes municipais (cidades) dos municípios que compõem a Amazônia Legal, 766 estão localizadas dentro da área da Amazônia Legal e 6 delas se encontram a oeste do Meridiano 44°, no estado do Maranhão, conforme figura 1.

O conceito de Amazônia Legal (figura 1) foi instituído em 1953 e seus limites territoriais decorrem da necessidade de planejar o desenvolvimento econômico da região e, atualmente, existe o Conselho Nacional da Amazônia Legal, órgão colegiado ao qual compete coordenar e acompanhar a implementação das políticas públicas relacionadas à Amazônia Legal, de acordo com o Decreto N° 10.239, de 11 de fevereiro de 2020.

Figura 1 - Mapa da Amazônia Legal, Brasil.



Fonte: IBGE, 2022.

capitais dos estados e nos municípios adjacentes ao DSEI, verifica-se muitas vezes o alto custo financeiro no atendimento à saúde indígena, bem como o risco com de perda de vidas.

Os responsáveis sanitários são os Coordenadores dos DSEI e não o município, como em todo o restante do SUS, que dentro de sua área de abrangência podem agregar vários municípios e inclusive unidades federativas diferentes. Esses DSEI foram definidos em um processo em conjunto com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde - Controle Social. Quando de sua criação os Distritos observaram não somente a critérios técnico-operacionais e geográficos, mas também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, fato com que faça que não coincida com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Informação em saúde para as comunidades indígenas

A produção e o acesso à informação em saúde são de suma importância para a tomada de decisão e para uma ação imediata, principalmente no que tange a um período de pandemia. Estes dados impactaram para o estabelecimento de ações no que se refere ao Plano de Operacionalização da Vacinação contra o COVID-19, por exemplo.

Considerando os Boletins Epidemiológicos publicados diariamente e os Informes Epidemiológicos publicados semanalmente pela Secretaria de Saúde de Indígena, no qual consolida os casos notificados nos 34 DSEI que já foram confirmados, até o dia 12/11/2022, 466.732 casos confirmados nos 24 DSEI que compõem a Amazônia Legal – correspondente a 61,75% dos casos e em relação aos óbitos ocorridos no ano de 2022, decorrentes da COVID-19, verifica-se que na área adstrita à Amazônia Legal, ocorreram 31 óbitos – cerca de 72% dos casos nas Terras Indígenas dos indígenas aldeados – atendidos pela SESAI, segundo o Informe Epidemiológico SE 45, publicado no site do MS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/informes-tecnicos/2022/informe-epidemilogico-se-45.pdf/view>), desde a primeira notificação ocorrida no dia 13 de março de 2020 (SE 12/2020) até o dia 12 de novembro de 2022 (SE 45/2022), conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Incidência, mortalidade, letalidade assistidos pelo SASISUS, por DSEI e semana epidemiológica em 2022.

REGIÃO	DSEI	TOTAL	CASOS 2022	ÓBITOS 2022	COEF. DE INCIDÊNCIA 2022 POR 100.000 HAB.	COEF. DE MORTALIDADE 2022 POR 100.000 HAB.	LETALIDADE (%) 2022
Norte	Kaiapó Do Pará	6.203	96	1	1.547,6	16,1	1,0%
	Amapá E Norte Do Pará	13.048	1.015	3	7.779,0	23,0	0,3%
	Porto Velho	10.733	383	2	3.568,4	18,6	0,5%
	Manaus	31.478	266	1	845,0	3,2	0,4%
	Leste De Roraima	53.114	393	6	739,9	11,3	1,5%
	Rio Tapajós	13.332	167	0	1.252,6	0,0	0,0%
	Guamá-Tocantins	17.479	83	0	474,9	0,0	0,0%
	Alto Rio Solimões	71.068	215	1	302,5	1,4	0,5%
	Yanomami	28.037	28	2	99,9	7,1	7,1%
	Tocantins	12.618	54	0	428,0	0,0	0,0%
	Médio Rio Solimões e Afluentes	22.554	51	1	226,1	4,4	2,0%
	Alto Rio Negro	28.766	79	0	274,6	0,0	0,0%
	Parintins	16.620	70	0	421,2	0,0	0,0%
	Alto Rio Juruá	18.192	122	1	670,6	5,5	0,8%
	Altamira	4.463	266	0	5.960,1	0,0	0,0%
	Alto Rio Purus	12.698	266	1	2.094,8	7,9	0,4%
	Médio Rio Purus	7.803	141	0	1.807,0	0,0	0,0%
	Vilhena	5.898	355	0	6.019,0	0,0	0,0%
	Vale Do Javari	6.308	265	0	4.201,0	0,0	0,0%
	Centro-Oeste	Kaiapó Do Mato Grosso	4.989	345	1	6.915,2	20,0
Cuiabá		7.397	61	3	824,7	40,6	4,9%
Xavante		22.188	144	3	649,0	13,5	2,1%
Mato Grosso Do Sul		78.692	546	2	693,8	2,5	0,4%
Xingu		8.072	329	2	4.075,8	24,8	0,6%
Araguaia		5.855	125	0	2.134,9	0,0	0,0%
Nordeste	Maranhão	37.819	97	3	256,5	7,9	3,1%
	Bahia	33.054	604	2	1.827,3	6,1	0,3%
	Ceará	26.966	652	1	2.417,9	3,7	0,2%
	Pernambuco	38.843	1.228	0	3.161,4	0,0	0,0%
	Alagoas E Sergipe	12.483	205	0	1.642,2	0,0	0,0%
	Potiguara	15.209	337	0	2.215,8	0,0	0,0%
Sul e Sudeste	Interior Sul	41.834	779	5	1.862,1	12,0	0,6%
	Minas Gerais E Espírito Santo	17.033	1.078	1	6.328,9	5,9	0,1%
	Litoral Sul	25.052	349	1	1.393,1	4,0	0,3%
TOTAL GERAL		755898	11241	43	1487,1	5,7	0,4%

Fonte: Elaborado pela equipe técnica da SESA, 2022.

Para auxiliar no Plano de Operacionalização da Vacinação contra o COVID-19, foram criadas estratégias juntamente com o órgão indigenista, a FUNAI, que visavam especificamente priorizar os indígenas de recente contato, vacinar a população indígena e não indígena residente nas aldeias e comunidades localizadas no entorno dos Territórios Indígenas. Ainda eram atributos do Plano, ações para orientar os profissionais dos 34 DSEI e da FUNAI que atuam diretamente nos Polos Bases, nas barreiras sanitárias e comunidades extrativistas sobre as medidas de segurança e prevenção da COVID-19, e para fortalecer o cinturão sanitário estabelecido nos territórios de Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato (PIIRC) - (área de 20 km que circunda o local onde se encontram os PIIRC), principalmente decorrente de sua vulnerabilidade imunológica e conscientizar a população indígena e não indígena residentes nas aldeias e nos seus entornos acerca dos riscos que o contato pode acarretar.

Logo após o início da pandemia, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) intensificaram suas orientações e estratégias pactuadas no Plano de Sensibilização e Conscientização sobre a imunização contra a COVID-19 as aldeias dos 34 DSEI. A cobertura vacinal sempre tem alcançado índices favoráveis ao preconizado pelos distritos em seus Planos de Imunização contra a COVID-19.

No entanto, o acesso às fake news por meio das tecnologias resultou na disseminação de informações falsas, como por exemplo, de que os “brancos” estavam fazendo os indígenas de cobaia e que muitos morreriam em três meses. Após inúmeras reuniões, visitas domiciliares com o intuito de conscientização sobre a importância da vacinação, os indígenas aceitaram ser imunizados e há muita pouca recusa da população em relação a vacinação contra a COVID-19. Registra-se a importância do constante combate às fake news que levam à desinformação e a tomada de decisões equivocadas que podem ser prejudiciais à saúde e levar a consequências irreversíveis e fatais.

Com o objetivo de propiciar o letramento informacional, possibilitando o acesso e uso da informação, as EMSI seguiram todos os Protocolos de segurança relacionadas ao enfrentamento da COVID-19. Foi feito uso de Notas Técnicas do MS, além dos Planos e Protocolos elaborados pelo próprio DSEI, verificando-se que dificuldades para o alcance da meta de vacinação deveriam imediatamente ser aplicados o Plano de Sensibilização, uma vez que, o principal motivo de resistência nos territórios indígenas ocorria devido à circulação de notícias falsas.

Foram produzidos vários materiais de divulgação durante a Campanha de Vacinação contra a COVID-19, atendendo aos aspectos do acesso, uso e

produção de informação de qualidade e credibilidade, para o consumo de uma população que necessita desta orientação para que possa compreender o processo e tornar-se capaz de selecionar e utilizar a informação que terá impacto na tomada de decisão e na sua saúde. Os trabalhos relacionados à orientação e prevenção da COVID-19, depoimentos de indígenas e demais informações relacionadas a diversos assuntos, podem ser visualizados por meios dos canais de comunicação: SESAI no Youtube: <https://www.youtube.com/c/SaudeIndigenaSESAI/videos> e Instagram SESAI: <https://www.instagram.com/sesai.ms/>. Além disso foram criados diversos informes nas línguas maternas dos indígenas, tendo em vista muitos deles não falarem a língua portuguesa, tais como alguns exemplos apresentados na figura 3:

Figura 3: Exemplos de materiais criados e publicizados na pandemia-COVID19.



Fonte: Site da SESAI: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/informativo027.php>. 2022.

Considera-se de grande importância a produção de fontes de informação que atenderam as especificidades das comunidades indígenas, inclusive comunicando por meio das línguas maternas, de forma a permitir a compreensão da informação em saúde e o seu efetivo impacto para a tomada de decisão dos indígenas e uma melhor qualidade de vida.

Considerações Finais

A informação é percebida na atual sociedade como um fator decisivo para que o indivíduo esteja em sintonia com o mundo e, por isso, seu acesso, seleção e uso são igualmente determinantes. Quando se pensa em uma sociedade é preciso considerar como se dá a relação com o acesso, uso e produção da informação. A necessidade de avaliarmos o nível de letramento em saúde da população é um consenso entre os autores da área, pois estes afirmam que baixos níveis de literacia em saúde dificultam a adesão a tratamentos por falta de compreensão dos pacientes, tornando o sistema de saúde mais caro, menos eficiente e com mais casos de internações.

Ao refletirmos sobre a letramento em saúde e os preceitos do letramento informacional, observamos que ambos abarcam um conjunto de habilidades e competências que auxiliam os sujeitos na busca, na avaliação e no uso das informações que necessitam. Esses preceitos estão presentes em várias áreas do conhecimento científico, tornando-se uma questão relevante na atual sociedade e demonstrando a possibilidade de se atuar nesse nicho como forma de contribuir para a melhoria da literacia para a saúde.

Diante deste cenário, este estudo concluiu que perseguiu e instituiu, na medida do possível e da cena de emergência um panorama do uso do letramento informacional no auxílio ao combate da COVID-19 nos DSEI, especificamente os situados na Amazônia Legal. O literacia em saúde pressupõe ainda incorporar aspectos culturais e cosmovisões próprias dos povos originários da Amazônia, para produzir o efeito da tomada de decisão e autonomia dos coletivos que visem a proteção da sua saúde numa perspectiva multicultural. Assim, é necessário aprofundar este tema e atuar fortemente junto às comunidades indígenas para promover, além do letramento, a competência informacional, a fim de modificar os níveis de literacia para a saúde e evitar a desinformação.

Considera-se que este estudo tem sua relevância social, pois dialoga diretamente com um problema situado nas comunidades indígenas, extrapolando os muros da comunidade acadêmica. O conhecimento gerado e construído a partir desta investigação foi publicado e divulgado mediante materiais acessíveis aos indígenas, por meio de cartazes, vídeos, nas redes sociais, de modo que os resultados pudessem estar disponíveis para os usuários das aldeias, de acordo com a sua língua materna e tenham impacto na saúde e na vida das pessoas.

Referências Bibliográficas

BERKMAN, N.D.; DAVIS, T.C.; McCORMACK, L. Health Literacy: What Is It? **Journal of Health Communication**. 2010; v. 15:sup2, p. 9-19.

BERKMAN, N.D.; SHERIDAN S.L.; DONAHUE K.E.; HALPERN D.J.; CROTTY, K. Low Health Literacy and Health Outcomes: Updated Systematic Review. **Annals of Internal Medicine**. 2011; v. 155, n. 2, p. 97-116.

BJÖRK, B. C. A lifecycle model of the scientific communication process. **Learned Publishing: Scientific communication life-cycle model**, 2005; v. 18, n. 3, p. 165-176. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: M.S., 2010.

BUENO, W.C. Comunicação Científica e Divulgação Científica: aproximações e rupturas conceituais. **Informação & Informação**, v. 15, n. 1esp, p. 1-12, dez. 2010.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COSTA, S.M.S. The impact of computer usage on scholarly communication amongst academic social scientists. **Tese de Doutorado em Ciência da informação** - Loughborough University, Department of Information Science, Loughborough, Inglaterra. 1999. 302 p.

CRESWELL, J. W. **Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research Upper Saddle River**, NJ: Pearson Education. 2012.

DIVARIS, K.; LEE, J.Y.; BAKER A.D.; VANN JUNIOR, W.F. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. **Health and Quality of Life Outcomes**. 2011; v. 108, n. 9, p. 1-9.

DUDZIAK, E.A. **Information literacy: princípios, filosofia e prática**. Ciência da Informação. Brasília: 2003; v. 32, n.1, p. 23-35.

ESCALONA RIOS, L. Las competencia em el perfil bibliotecário em America Latina, México: UNAM. **Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas**, 2010.

FERREIRA, M. **Automatic Evaluation of Migration Quality in Distributed Networks of Converters**. Bulletin of the IEEE Technical Committee on Digital Libraries (TCDL). 2006; v. 2, n. 1. 88 p.

FIRMINO, R.T.; FERREIRA, F.M.; PAIVA, S.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; FRAIZ, F.C.; MARTINS, C.C. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. **Journal of the American Dental Association**. 2017; v. 148, n. 8, p. 604-613.

GHIFFITHS, J.M.; KING, D.W. **New directions in library and information science education**: final report. 1985.

HEIDE, I.V.D.; HEIJMANS, M.; SCHUIT, A.J.; UITERS, E.; RADEMAKERS, J. **Functional, interactive and critical health literacy: Varying relationships with control over care and number of GP visits**. Patient Education and Counseling. 2015; v. 98, n. 8, p. 998-1004

KUTNER, M.; GREENBERG, E.; JIN, Y.; PAULSEN, C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. **Department of Education, National Center for Education Statistics**, September 2006.

LEITE, F. C. L. Modelo genérico de gestão da informação científica para instituições de pesquisa na perspectiva da comunicação científica e do acesso aberto. **Tese – Doutorado em Ciência da Informação**, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. 262 p.

LEWEINSTEIN, B. V. Models of public communication of science and technology. **Public Understanding of Science**, Departments of Communication and of Science & Technology Studies. Cornell University, Ithaca, NY: 14853. 2003.

LOUREIRO, L.M.J; MENDES, A.M.O.C.; BARROSO, T.; SANTOS, J.C.P.; OLIVEIRA, R.A.; FERREIRA, R.O. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**. 2012; v. 3, n. 6, p. 157-166.

MARQUES, J. P. D. Literacia em saúde: avaliação através do European Health literacy Survey em português num serviço de internamento hospitalar. **Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde** - ISCTE Business School, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2015.

MORGAN, E.E.; IUDICELLO, J.E.; CATTIE, J.E.; BLACKSTONE K.; GRANT I.; WOODS, S.P. Neurocognitive Impairment is Associated with Lower Health

Literacy Among Persons Living with HIV Infection. **Environment Health Preventive Medicine**. 2014; v. 19; p. 166-177.

MOTA, M.M.P.E. *et al.* Relação entre consciência morfológica e leitura contextual medida pelo teste de Cloze. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2009; v. 22, n. 2, p. 223-229.

MUELLER, S.P.M. Literatura científica, comunicação científica e ciência da informação. In: TOUTAIN, L.M.B.B. **Para entender a Ciência da Informação**. Salvador: 2007; p. 125-144.

NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. 2000; v. 15, n. 3, p. 259-267.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PLEASANT, A.; KURUVILLA, S. A tale of two health literacies: public health and clinical Approaches to health literacy. **Health Promotion International**. 2008; v. 23, p. 152-159.

RODRÍGUEZ-GARCÍA, A.M., MARTÍNEZ, N.H.; SÁNCHEZ, F.R. La formación del profesorado en competencia digital: clave para la educación del siglo XXI. **Revista Internacional de Didáctica y Organización Educativa**, 2017, v. 3, n. 2, p. 46-65.

SABOGA-NUNES L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. **Revista Referência**. 2014; v. 11 (Supl), p. 94-99.

SANDER, H.; HOTTECKE, D. Pre-service primary teachers perceptions and understanding of argumentation in science. **Anais da ESERA 2015 - Conference Helsinki**. 2015.

SANTOS, M.I.P.O.; PORTELLA, M.R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2016; v. 69, p. 156-164.

SARACEVIC, T. Ciência da Informação: origem, evolução e relações. **Revista Perspectivas em Ciência da Informação**. 1996; v. 1, n. 1. p. 41-62.

SERAFIM, L. A. Competências em informação na educação superior: um estudo com os professores do curso de Agronomia do Campus UFC Cariri.

Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação - Universidade Federal da Paraíba. 2011.

SERRÃO, C.; VEIGA, S.; VIEIRA, I. M. Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.** 2015; (Ed. Esp. 2), p. 33-38.

SINGH, R.; COYNE, L. S.; WALLACE, L. S. Brief screening items to identify spanish-speaking adults with limited health literacy and numeracy skills. **BMC Health Services Research.** 2015; v. 374, n. 15, p. 1-7.

VOSGERAU, D.S.R.; ROMANOWSKI, J.P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Diálogo Educacional,** 2014; v. 14, n. 41, p. 165-189.

ZEIDLER, D. L.; APPLEBAUM, S. M.; SADLER, T. D. Enacting a socioscientific issues Classroom: Transformative transformations. In: SADLER, T. D. (Ed.) **Socio-scientific issues in Science classrooms: Teaching, learning and research.** Noruega: 2011; p. 277-306.

ZIMAN, J. M. **An Introduction of science studies: The Philosophical and Social Aspects of Science and Technology.** Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

WEITZEL, S.R. Os repositórios de e-prints como nova forma de comunicação científica: o caso da área das Ciências da Comunicação no Brasil. São Paulo. **Tese de Doutorado – Pós-Graduação em Ciência da Informação,** Universidade de São Paulo, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília:1986; p.11-18.

_____ **Health Promotion Glossary.** Geneva: WHO; 1998.

_____ **Relatório Mundial de Saúde 2010:** Financiamento dos Sistemas de Saúde. 2010.

_____ **Health Education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies:** a foundation document to guide capacity development of health educators. Cairo: WHO, 2012.

CAPÍTULO 6:

Monitoramento e controle das doenças filariais na região Amazônica Brasileira

Cleudecir Siqueira Portela

Uziel Ferreira Suwa

João Carlos Silva de Oliveira

Carla Letícia Gomes Simão

James Lee Crainey

Introdução

A região amazônica brasileira é um cenário dinâmico com presença de áreas com intensa mobilização de pessoas, conflitos socioambientais, desmatamentos e mudanças decorrentes do ciclo das águas. Essas transformações constantes são vividas pelas populações que ali habitam, como parte das diversas amazônias (urbana, ribeirinha, indígena, de fronteira ou quilombola) que precisam lidar com tudo que vem junto com essas mudanças (SCHWEICKARDT; KADRI; LIMA, 2019). Por ser a mais ampla e complexa bacia hidrográfica do mundo, com a maior biodiversidade do planeta, a Amazônia é um ambiente favorável à proliferação de doenças transmitidas por vetores, causadas por diferentes agentes etiológicos, como vírus, bactérias, protozoários e helmintos. Doenças infecciosas, portanto, representam o maior problema que essas pessoas enfrentam (BRASIL, 2010; GRAULT *et al.*, 2018).

Algumas doenças, agravos ou eventos de importância para a saúde pública são notificados no Brasil desde 1975 de forma obrigatória, onde a escolha dessas se baseia no risco de propagação ou disseminação a mais de uma unidade federada e sofre atualização periódica. No momento desta publicação está em vigor a Portaria GM/MS Nº 3.418, de 31 de agosto de 2022,

com a Lista Nacional de Notificação Compulsória, a ser seguida por todos os serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2022a). O registro é feito através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), alimentado pelas unidades municipais com o apoio e monitoramento das unidades estaduais. Das 53 doenças, agravos e eventos de saúde pública relacionados, não há nenhuma doença filarial, e sem notificação não há estimativas oficiais, seja para a região amazônica ou para fora dela, o que colabora para a invisibilidade.

Diante de desafios de doenças infecciosas que são flutuantes e diversas, e em combinação com todas as outras adversidades de saúde pública encontradas em ambientes tropicais, é muito difícil ofertar serviços de saúde de alta qualidade nesse território tão vasto e diverso. O Sistema Único de Saúde (SUS) do governo brasileiro deve, no entanto, enfrentar esses obstáculos e prestar assistência à saúde em várias frentes. O povo da Amazônia, portanto, confia no SUS para fornecer Atenção Primária à Saúde (APS), seja por meio de ações de prevenção de doenças e de vigilância em saúde, como campanhas de vacinação, registro de medicamentos e inspeção de alimentos, além de muitas outras coisas. A APS deve ser capaz de atender às particularidades da região amazônica, através de rastreamento, busca ativa, diagnóstico e tratamento de doenças que já estão bem definidas nos manuais do Ministério da Saúde (MS) (PINHEIRO *et al.*, 2021). Fora do foco de oncocercose no estado de Roraima, as filariose, humanas ou zoonóticas, na região amazônica não são monitoradas, não possuem programas de controle destinados a combatê-las e não tem diretrizes de tratamento do MS (TANG *et al.*, 2021).

Diante do exposto, é premente avançar nas ações programáticas de vigilância em saúde para doenças endêmicas que ainda não há notificação compulsória e potencializar a sua atuação em conjunto com a APS para resultar em efeitos de proteção social e de saúde dos povos amazônicos. Assim, este capítulo propõe refletir sobre a política de vigilância das filariose na região amazônica, bem como apontar estratégias atualizadas de monitoramento e controle.

Doenças filariais humanas e zoonóticas da Região Amazônica Brasileira

As filárias são parasitoses humanas causadas por helmintos da Classe Nematoda, Subclasse Secernentea, Ordem Spirurida, Sub-ordem Camallania, Superfamília Filarioidea, Família Onchocercidae e Subfamília Onchocercinae (LEFOULON *et al.*, 2015). Como características gerais: são parasitos delgados que se reproduzem de forma sexuada, onde as fêmeas podem liberar milhares de microfíliarias durante sua vida, que são, normalmente, encontradas

nos vasos sanguíneos e necessitam, obrigatoriamente, de hospedeiro invertebrado para completar seu ciclo de desenvolvimento e transmissão (Tabela 1) (WHO, 1997; TANG *et al.*, 2018; SIMONSEN *et al.*, 2013).

Alguns desses parasitos filariais são capazes de utilizar os seres humanos como seu hospedeiro definitivo e, portanto, causam infecções crônicas e doenças denominadas filariose humanas. Outros parasitos filariais são capazes de infectar seres humanos, mas não podem usar o homem para completar seu ciclo de vida e, portanto, causam apenas infecções agudas. Esses parasitos são normalmente chamados de parasitos filariais zoonóticos e a doença que eles causam é chamada de filariose zoonótica (SIMONSEN *et al.* 2013; ORIHHEL, EBERHARD 1998). Das principais causadoras de filariose humanas metade tem registro na região amazônica, que são: *Mansonella ozzardi*, *M. perstans*, *Onchocerca volvulus* e *Wuchereria bancrofti* (TANG *et al.*, 2010; 2018; 2021). Periodicidade e características morfológicas são importantes para o correto diagnóstico, como ter microfíliarias presentes no sangue periférico durante algumas horas da noite (*W. bancrofti*) ou serem aperiódicas, quando são encontradas no sangue em qualquer horário do dia (*M. ozzardi* e *M. perstans*) (MATHISON, COUTURIER, PRITT, 2019).

A detecção e o diagnóstico são menos padronizados para filariose zoonóticas. No entanto, a maioria dos casos de filariose zoonóticas são detectados quando um parasito filarial adulto causa desconforto nos olhos de um indivíduo infectado. Embora a espécie exata responsável possa ser identificada por métodos moleculares, ela é tipicamente identificada por sua morfologia (SIMONSEN *et al.*, 2013; ORIHHEL, EBERHARD 1998).

Controle e monitoramento das doenças filariais

Atividades padrão de controle e monitoramento de filariose humanas

Como parte de seu programa especial expandido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualmente visa a eliminação da oncocercose e da filariose linfática da África (BRATTIG; CHEKE; GARMS, 2021). Embora este programa use uma ampla variedade de ferramentas (incluindo o controle vetorial) em seu esforço para eliminar a oncocercose e a filariose linfática, seu foco principal é a administração em massa de ivermectina (CD-MDA – sigla em inglês para “*community directed mass-drug administration*”), sendo essencialmente a mesma abordagem que está sendo usada para tentar eliminar a oncocercose e a filariose linfática das Américas (WHO, 2014; FONTES *et al.*, 2020; BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017).

À medida que a ivermectina elimina as microfilárias da pele de um paciente com oncocercose, a administração em massa de medicamentos em área endêmica pode quebrar a transmissão de *O. volvulus* e, dessa forma, prevenir o estabelecimento de novas infecções nas áreas onde a medida de controle é implementada (CRAINEY *et al.*, 2017; MOLYNEUX *et al.*, 2003). No entanto, como a ivermectina não mata imediatamente nem elimina permanentemente os parasitos adultos, a eliminação da doença requer que o tratamento seja repetido até que um número suficiente de vermes adultos em uma área-alvo tenha morrido (MOLYNEUX *et al.*, 2003; CRAINEY *et al.*, 2017).

Embora a administração em massa de medicamentos possa ser usada como uma ferramenta efetiva para controlar uma variedade de doenças filariais na Amazônia brasileira, o foco da oncocercose na Amazônia é a única localidade onde atualmente se utiliza essa estratégia (CRAINEY *et al.*, 2017; BOTTO *et al.*, 2016).

Tabela 1 – Características dos agentes causadores de filariose humana presentes na região amazônica.

ESPÉCIE (DOENÇA)	WUCHERERIA BANCROFTI (FILARIOSE LINFÁTICA)	MANSONELLA OZZARDI (MANSONELOSE)	MANSONELLA PERSTANS (MANSONELOSE)	ONCHOCERCA VOLVULUS (ONCOCERCOSE)
Distribuição geográfica	Trópicos e subtropicais em todo o mundo	Caribe, América Central e do Sul	África Subsaariana e América do Sul	África, Iêmen, América Central e do Sul
Vetores conhecidos	Mosquitos: <i>Culex</i> , <i>Aedes</i> , <i>Anopheles</i> , <i>Mansonia</i>	Ceratopogonidae (maruim); <i>Culicoides</i> ; Simulídeos (piúm); <i>Simulium</i>	Ceratopogonidae (maruim); <i>Culicoides</i>	Simulídeos (piúm); <i>Simulium</i>
Habitat adulto	Sistema linfático	Não conhecido e possivelmente na cavidade peritoneal ou em tecidos subcutâneos	Mesentérios, tecidos conjuntivos de órgãos abdominais	Tecidos subcutâneos e profundos
Habitat de microfilárias	Sangue	Sangue	Sangue	Pele
Simulium	Leste De Roraima	53.114	393	6
Periodicidade	Noturna	Aperiódica	Aperiódica	-
Bainha	Presente	Ausente	Ausente	Ausente
Comprimento (µm)	244-317	163-254	190-225	304-315
Largura (µm)	7,5-10,0	3,0-5,0	4,0-5,0	5,0-9,0
Cauda	Cônica; anucleada	Longa, delgada, pontiagudo; anucleado	Abruptamente arredondado; núcleos até o final da cauda	Normalmente flexionada; afunilada a um ponto; anucleada
Principais características da microfilária	Espaço cefálico curto; núcleos dispersos; bainha sem manchas em Giemsa; corpo em curvas suaves	Tamanho pequeno; cauda longa, fina (pontiaguda) e anucleada; aperiódica	Tamanho pequeno; cauda romba preenchida com núcleos; aperiódica	Cauda afilada, muitas vezes flexionada e anucleada; ocorre na pele, ocasionalmente na urina ou no sangue após o tratamento

Fonte: Adaptado de WHO, 1997; TANG *et al.*, 2018; MATHISON; COUTURIER; PRITT, 2019).

Na Amazônia, a ivermectina em dose única tem sido usada em pessoas da tribo Yanomami que vivem dentro e ao redor de focos hiperendêmicos há mais de 20 anos (BOTTO *et al.*, 2016; SHELLEY, 2002; GRILLET *et al.*, 2019). Nos outros 11 focos de oncocercose na América Latina abordagens semelhantes resultaram, primeiro, em uma quebra na transmissão dos parasitos e, em seguida, sua eliminação da região (WHO, 2014). No entanto, no foco da Amazônia a transmissão continua, portanto, o tratamento com ivermectina dirigido à comunidade agora está sendo complementado com programas de tratamento com doxiciclina, no qual doses diárias do antibiótico doxiciclina são administradas a indivíduos infectados por 4 a 6 semanas, a fim de curar suas infecções (CRAINEY *et al.*, 2017; BOTTO *et al.*, 2016; GRILLET *et al.*, 2019).

Após programas de eliminação bem-sucedidos na Colômbia, Equador, Guatemala, México e em certas partes da Venezuela, há agora apenas um foco ativo de oncocercose em toda a América Latina, que a OMS ainda está tentando eliminar (BOTTO *et al.*, 2016). Este último foco remanescente está dentro do território amazônico das tribos Yanomami e atravessa a fronteira montanhosa entre a Venezuela e o Brasil (SHELLEY, 2002; CRAINEY *et al.*, 2017). O monitoramento da oncocercose nesta região segue uma abordagem semelhante à usada na África, onde o mapeamento epidemiológico da oncocercose é geralmente feito por meio de contagem de nódulos (BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017; BOTTO *et al.*, 2016).

Como apenas pessoas que apresentam carga parasitária muito alta apresentam nódulos, a proporção de residentes com essas manifestações em regiões hiperendêmicas tende a ser maior do que em regiões mesoendêmicas; e, da mesma forma, uma parcela menor de residentes apresentam nódulos em regiões hipoendêmicas, quando comparados com regiões mesoendêmicas (BRATTIG; CHEKE; GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017; BOTTO *et al.*, 2016; SIMONSEN *et al.*, 2013). Embora a endemicidade possa ser classificada com mais precisão através de pesquisas de biópsias em recorte de pele, a natureza invasiva e dolorosa desses estudos a tornam mais difíceis de justificar eticamente, portanto, são hoje usadas com muito menos frequência do que os levantamentos de nódulos de oncocercose, que, apesar de menos precisos, são muito rápidos e informativos (BRATTIG; CHEKE; GARMS, 2021; BOTTMONEY *et al.*, 2016; CRAINEY *et al.*, 2017).

As taxas de picadas de vetores infecciosos são usadas para calcular os potenciais de transmissão da oncocercose dentro e fora do foco da doença na Amazônia. Essa é outra forma poderosa de classificar os níveis de endemicidade da oncocercose em região que não faz parte de um programa de administração de medicamentos em massa. Em áreas onde intervenções de controle ou eliminação de oncocercose dirigidas à comunidade estão sendo

implementadas com base em ivermectina, as taxas de picada de vetores infecciosos podem ser usadas para avaliar a eficácia do programa e determinar o momento em que o tratamento em massa pode parar (BOTTO *et al.*, 2016; BRATTIG; CHEKE; GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017).

Normalmente essas taxas de picadas infecciosas são calculadas através da captura em massa do vetor da doença e, em seguida, do cálculo da proporção de vetores que estão carregando larvas infecciosas de *O. volvulus* em estágio L3. Isso é geralmente feito através da detecção do DNA de *O. volvulus* em pools de cabeças dos vetores simulídeos (apenas larvas em estágio infeccioso são encontradas nas cabeças dos vetores); no entanto, o MS brasileiro às vezes detecta parasitos de *O. volvulus* dissecando manualmente cabeças individuais sob um microscópio de dissecação (BOTTO *et al.*, 2016; BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017). Vários ensaios de reação em cadeia da polimerase (PCR – da sigla em inglês “polymerase chain reaction”) podem ser usados para detectar o DNA de *O. volvulus* a partir de pools de cabeças vetoriais de simulídeos.

Tradicionalmente, ensaios de PCR específicos de *O. volvulus* que visam um trecho repetitivo de DNA de *O. volvulus* conhecido como O-150 têm sido usados para esse fim na África e na América Latina e, de fato, no foco das oncocercoses da Amazônia (KATHOLI *et al.*, 1995; BOTTO *et al.*, 2016). No entanto, ensaios de PCR que podem detectar DNA ITS-1 ribossomal de uma variedade de parasitos filariais estão sendo cada vez mais usados e recomendados para essa finalidade (CRAINEY *et al.*, 2017; EBERHARD, *et al.* 2017; TANG *et al.*, 2010). Dentro e fora do foco amazônico, o monitoramento sorológico objetiva detectar a exposição a picadas de vetores infectados, usado como complemento ao monitoramento de transmissão baseado em vetores e para ajudar a decidir quando o CD-MDA pode ser interrompido. Depois que o monitoramento entomológico sugere que a transmissão do parasito parou, ou caiu abaixo de um ponto em que o foco pode ser considerado sustentável, o monitoramento sorológico OV-16 é realizado em crianças pequenas, preferencialmente em bebês (BOTTO *et al.*, 2016; BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017).

Ensaio OV-16 detectam anticorpos humanos contra a proteína específica OV-16 de *O. volvulus* e testes positivos sugerem que alguém foi exposto a picadas de vetores infectados. Quando crianças pequenas testam positivo, isso fornece evidências de transmissão recente, e, quando bebês testam positivo, evidencia transmissão muito recente (BOTTO *et al.*, 2016; CRAINEY *et al.*, 2017).

A filariose linfática no Brasil é causada exclusivamente por *Wuchereria bancrofti* e é alvo da principal estratégia de eliminação, que consiste na administração em massa de citrato de dietilcarbamazina (DEC) em combinação

com albendazol (WHO, 2022; MARTINS; GUIMARÃES; FONTES, 2021). Como a dietilcarbamazina e o albendazol funcionam de forma semelhante à ivermectina, por eliminar as microfilárias e não matar parasitos filariais adultos, seus programas de MDA também exigem tratamentos periódicos repetidos e estratégias de monitoramento (MOLYNEUX *et al.*, 2003).

A administração de drogas em massa (MDA), na África ou em outros lugares, às vezes é complementada com a distribuição de mosquiteiros (STOLK *et al.*, 2022). O monitoramento da prevalência de *W. bancrofti* é atualmente realizada pela detecção da antigenemia filarial circulante (CFA) ou de microfilárias no sangue (STOLK *et al.*, 2022). Como essas microfilárias são periódicas e só podem ser detectadas à noite, ensaios imunológicos que detectam CFAs têm sido historicamente preferidos para essa finalidade (SIMONSEN *et al.*, 2013; REBOLLO, BOCKARIE, 2014). Embora o monitoramento dos mosquitos vetores da filariose linfática possa ser usado para avaliar a transmissão de maneira semelhante à da oncocercose, a OMS usa normalmente dados de transmissão vetorial de maneira mais limitada.

Na África, por exemplo, a OMS determina quando interromper seus programas de MDA após classificar regiões endêmicas com eficiente (vetores *Aedes*) ou ineficiente (vetores *Culex* ou *Anopheles*) e, em seguida, medir os níveis de prevalência de CFA em crianças de 6 a 7 anos de idade (STOLK *et al.*, 2022). Ainda que infecções ativas por *W. bancrofti* tenham sido detectadas em alguns imigrantes haitianos residentes em Manaus, uma pesquisa recente sugere que os parasitos não estão sendo transmitidos na cidade e, portanto, Manaus não consta nos planos da OMS para eliminação da filariose linfática do Brasil (MARTINS, GUIMARÃES, FONTES, 2021; SILVA *et al.*, 2017).

Embora uma série de pesquisas tenha demonstrado que a mansonelose é endêmica e que possui altos níveis de prevalência em quase todos os municípios do estado do Amazonas, sendo altamente prevalente em toda a América Latina e Caribe, atualmente não há atividades direcionadas de controle ativo ou monitoramento na região, ou fora dela (ABRAHIM *et al.* 2019; MEDERIOS *et al.*, 2015; TANG *et al.*, 2018; TANG *et al.*, 2021). As microfilárias de *Mansonia ozzardi* podem e são ocasionalmente transfundidas na região amazônica brasileira e sabe-se que podem viver e circular no sangue de um receptor por mais de dois anos após a transfusão (ABRAHIM *et al.*, 2019; MAZZOTTI, PALOMO, 1957). Como as filárias são raramente transfundidas e ainda são consideradas, em grande parte, como infecções transitórias benignas, os bancos de sangue, dentro e fora da região amazônica, não rastreiam rotineiramente nem tomam medidas ativas para evitar a contaminação com microfilárias (ABRAHIM *et al.*, 2019; DREWS *et al.*, 2021).

Essa abordagem está alinhada com a orientação da Sociedade Internacional de Transfusão de Sangue (ISBT), através do Subgrupo de Parasitos do Grupo de Trabalho de Transfusão de Sangue, que concluiu recentemente que não havia necessidade de monitorar ou proteger contra a transfusão de qualquer tipo de microfilária, incluindo *M. ozzardi* (DREWS *et al.*, 2021). Com a preocupação de que os estoques de sangue descentralizados da região amazônica possam estar contaminados por microfilárias de mansonelose, um estudo recente foi realizado para verificar com que frequência os estoques de sangue contaminados com microfilárias são usados em pesquisas de sangue na região.

O estudo constatou que, apesar da altíssima prevalência de microfilárias do gênero *Mansonella* nas doações de sangue feitas aos hemocentros de municípios do interior do Amazonas, pouquíssimas dessas doações acabaram sendo utilizadas em transfusões de sangue (ABRAHIM *et al.*, 2019). Assim, embora *M. ozzardi* e outras contaminações microfilárias de estoques de sangue possam ser facilmente evitadas solicitando aos doadores que tomem anti-helmíntico, como a ivermectina (que têm meia-vida muito curta no sangue), parece improvável que o status quo mude (de não rastrear filárias ou tomar medidas ativas para evitar sua ocorrência), pelo menos não em um futuro imediato (ABRAHIM *et al.*, 2019; CRUMP, OMURA, 2011; DREWS *et al.*, 2021).

O único monitoramento sistemático da mansonelose ocorre de forma passiva. Quando um caso de malária é detectado na região amazônica é compulsória a notificação às autoridades de saúde pelo Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária (Sivep-Malária) (BRASIL, 2022b). No Sivep-Malária é possível registrar os casos suspeitos de malária, confirmados por gota espessa, que é o método mais amplamente adotado no Brasil, ou por testes rápidos para detecção de antígenos de plasmódio. Na ficha de notificação existe o campo intitulado “*Outros hemoparasitos pesquisados*”, onde é possível registrar a presença de *Trypanosoma sp.*, microfilária (sem definir qual), ou a presença dos dois (BRASIL, 2022b; PENHA, 2017). O profissional que faz a notificação também deverá registrar quando não for possível pesquisar os hemoparasitos na lâmina, seja por uma limitação técnica do microscópio ou pela utilização de teste rápido (SOARES, 2020; BRASIL, 2022b).

Abre-se um parêntese para detalhar o fluxo de notificação que ocorre no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (DSEI ARN), com sede em São Gabriel da Cachoeira no Amazonas. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), quando possuem Agentes de Endemias e microscopistas, realizam a gota espessa em pacientes suspeitos de malária, a qual também é analisada para microfilária. A ficha de notificação compulsória é preenchida pelo Enfermeiro, que entrega ao responsável técnico do núcleo de prevenção e controle das doenças e dos agravos, que fará a inserção

dos dados no Sivep-Malária e no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Quando positivo para microfilária é usado o CID-10 B.74, que corresponde a filariose, sem especificar qual. Como as infecções por *W. bancrofti* não ocorrem mais na região amazônica e as infecções por oncocercose estão restritas ao território Yanomami, é razoavelmente seguro assumir que todas as infecções filariais detectadas entre os casos suspeitos de malária notificados à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) através do Sivep-Malária, no estado do Amazonas, sejam infecções por mansonelose (BOTTO *et al.*, 2016; CRAINEY *et al.*, 2017; TANG *et al.*, 2018).

Embora seja possível que algumas infecções encontradas nos municípios do norte do estado sejam *M. perstans* ou *M. ozzardi* e *M. perstans* coinfectadas, esses tipos de infecção só foram relatadas em São Gabriel da Cachoeira (SGC) e em baixa frequência (SILVA *et al.*, 2017; CRAINEY *et al.*, 2020). Portanto, é razoável supor que quase todos os esfregaços de sangue do estado do Amazonas em que filárias são detectadas e notificados, sejam infecções causadas por *M. ozzardi*.

Estratégias de controle e monitoramento das doenças filarias zoonóticas

Embora não existam sistemas formais de notificação de *Dirofilaria immitis* patrocinados pelo governo na região amazônica ou em outros lugares, as sociedades de dirofilariose da América do Norte e da Europa fornecem aos proprietários de animais de companhia informações atualizadas sobre a distribuição de parasitos *Dirofilaria* em sua área, bem como orientações sobre tratamento e opções profiláticas para seus animais (SIMON *et al.*, 2012; TANG *et al.*, 2021). Infelizmente, atualmente não existem equivalentes em português ou espanhol para aconselhar proprietários de animais de companhia que vivem na região amazônica e, mesmo quando clínicas veterinárias detectam casos de dirofilariose, essa informação geralmente não é compartilhada, ou fica compartilhada de forma limitada a um grupo restrito de profissionais de maneira não sistemática.

Pesquisas de microfilárias no sangue de cães e gatos domésticos, no entanto, descobririam que *D. immitis* ocorre amplamente em toda a região amazônica brasileira, em áreas rurais e urbanas, como na capital do estado, Manaus (SOARES *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2008; BARBOSA *et al.*, 2023 – dados não publicados). Embora as infecções zoonóticas por *D. immitis* em regiões endêmicas sejam provavelmente bastante comuns, reconhecidas como tendo alguma importância para a saúde pública, o MS brasileiro não exige que as infecções sejam notificadas e os sistemas de notificação epidemioló-

gica existentes não coletam dados especificamente sobre elas (SIMON *et al.*, 2012; MCCALL *et al.*, 2008).

Outros parasitos filariais zoonóticos também foram registrados causando patologias oculares na região amazônica, incluindo uma aparente variante molecular de *D. immitis*, mas ainda não foram coletados dados sobre a frequência desses tipos de infecções (BAIN *et al.*, 2011; OTRANTO *et al.*, 2011). Embora se saiba que muitos dos animais silvestres que habitam a região florestal ao redor dos centros urbanos da região amazônica, incluindo primatas não humanos, estejam infectados com parasitos filariais zoonóticos, não existem sistemas formais de monitoramento da extensão e natureza das infecções que eles causam (COSTA *et al.*, 2023; SILVA *et al.*, 2022). Isto corre, em parte, porque não se acredita que causem danos graves ou porque a detecção dessas infecções seja muito difícil, exceto quando causam patologias oculares (ORIHTEL; EBERHARD, 1998). Embora também tenha sido sugerido que algumas infecções filariais zoonóticas não patentes (sem sintomas aparentes) possam ocasionalmente causar eosinofilia tropical e níveis de eosinofilia cronicamente altos, com consequências desconhecidas para o sistema imunológico humano e programas de vacinação; a eosinofilia é um sintoma muito inespecífico e ainda não foi definitivamente comprovado ser causado por infecções filariais zoonóticas (COOK, 2004).

Ainda que infecções oculares possam e sejam facilmente detectadas e atribuídas a filárias zoonóticas, é provável que elas causem outros sintomas que ainda não foram fortemente associados a essas infecções, ou que sejam muito inespecíficos para serem usados para diagnosticar uma infecção (ORIHTEL; EBERHARD, 1998; COOK, 2004). A detecção de microfíliarias no sangue de animais silvestres (principalmente primatas) é outra forma de monitoramento desses parasitos, porém, mais difícil de realizar do que em cães e gatos domésticos, acessados no domicílio através das visitas dos agentes de saúde ou quando levados às clínicas veterinárias.

Propostas para controle e monitoramento das doenças filarias na Amazônia Brasileira

Devido às dificuldades em quebrar a transmissão da oncocercose na Amazônia, a OMS aumentou a frequência de distribuição da ivermectina e começou a usar tratamentos à base de doxiciclina (BOTTO *et al.*, 2016; CRAINEY *et al.*, 2017). Esses tratamentos tiveram como alvo os parasitos endossimbiontes filariais *Wolbachia*, porém, embora sejam muito eficazes, o tempo de tratamento necessário é prolongado, podendo durar de 4 a 6 semanas, e não pode ser usado em um amplo grupo de residentes como a

ivermectina pode ser (TAYLOR *et al.*, 2014; CLARE *et al.*, 2015). Esta limitação do tratamento da oncocercose com doxiciclina (e de outros tratamentos antibióticos licenciados para oncocercose) e o fato de que muitas outras infecções por parasitos filariais (incluindo aquelas que causam filariose linfática e mansonelose) podem ser efetivamente tratadas com terapia de eliminação de Wolbachia, resultou em um recente esforço considerável na identificação de novos compostos de curta duração capazes de matar Wolbachia (TAYLOR *et al.*, 2019; BAKOWSKI, MCNAMARA, 2019).

A viabilidade de usar esses tratamentos anti-Wolbachia de curta duração para oncocercose está sendo atualmente testada em uma série de ensaios clínicos e a possibilidade de usá-los em mais programas existentes da OMS será provavelmente afetada pelos resultados (BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021). Pelo menos em teoria, os programas de filariose linfática e oncocercose da OMS poderiam substituir todos os medicamentos anti-helmínticos tradicionais atualmente usados em programas de MDA por tratamentos anti-Wolbachia de curta duração. Quanto menor o tempo de tratamento e maior o número de pessoas que podem receber o tratamento, maior será a probabilidade de o medicamento substituir os tratamentos MDA atualmente usados dentro e fora do foco da Amazônia (TANG *et al.*, 2021; BAKOWSKI, MCNAMARA, 2019).

O monitoramento anterior da transmissão no foco da Amazônia concentrou-se na espécie de vetor mais importante: *Simulium guianense* (BOTTO *et al.*, 2016). Ao contrário da África, onde quase toda a transmissão é realizada por um único complexo de espécie ("*species complex*") (complexo *S. damnosum*), no foco da Amazônia existem várias espécies envolvidas na transmissão (SHELLEY *et al.*, 1997; SHELLEY, 2002; CRAINEY *et al.*, 2017), que são muito prováveis de serem complexo de espécie também (CRAINEY *et al.*, 2014; CONCEIÇÃO *et al.*, 2013). Na mesma época, a OMS falhou em detectar a transmissão de oncocercose em vetores de *S. guianense* no local venezuelano do foco, vetores do complexo de espécies *Simulium Amazonicum* foram encontrados carregando *O. volvulus* no lado brasileiro (BOTTO *et al.*, 2016; CRAINEY *et al.*, 2017). Pode haver, portanto, vantagens em expandir o número de espécies de vetores sendo monitoradas dentro do foco do vetor da oncocercose amazônica.

A recente descoberta de que parasitos filariais zoonóticos, como a *Mansonella mariae*, estão sendo transmitidos por vetores de oncocercose (ou seja, *S. oyapockense*) em torno do foco amazônico também deixa claro a necessidade de que todo o monitoramento de *O. volvulus* seja feito usando ferramentas moleculares precisas, como o PCR ITS-1 e a abordagem de sequenciamento de Sanger, usada para descobrir a transmissão de *M. mariae*, pois as larvas de *O. volvulus* não podem ser distinguidas morfológicamente de forma confiável das larvas de filárias zoonóticas para as quais não existem dados morfológi-

cos (SILVA *et al.*, 2022). Da mesma forma, o fato de parasitos filariais zoonóticos estarem sendo transmitidos por vetores conhecidos de oncocercose ao redor (e provavelmente dentro) do foco da Amazônia, aumenta as preocupações sobre o uso de cartões Ov-16 para monitorar a exposição recente a *O. volvulus* nesta região (SILVA *et al.*, 2022).

Esses tipos de testes imunológicos podem reagir de forma cruzada com anticorpos humanos que os residentes desenvolveram contra outros parasitos filariais, e isso tem sido uma preocupação constante de seu uso na Amazônia e a demonstração de que os humanos estão em contato rotineiro com pelo menos um parasito filarial zoonótico (*M. mariae*), cuja reatividade cruzada em ensaios de Ov-16 não foi testada, o que é motivo de maior preocupação (SILVA *et al.*, 2022; LUZ *et al.*, 2014; SHELLEY, MAIA-HERZOG, CALVÃO-BRITO, 2001). Os vetores simulídeos adultos são muito pequenos e picam predominantemente do lado de fora das residências (SHELLEY *et al.*, 1997; SHELLEY *et al.*, 2010; TANG *et al.*, 2021).

Isso significa que os mosquiteiros e o uso de inseticidas nas paredes das casas, que podem ser usados para controlar doenças transmitidas por mosquitos, não são eficazes para o controle da oncocercose (TANG *et al.*, 2021; CRAINEY *et al.*, 2017). E, embora os repelentes à base de DEET (N,N-Dietil-m-toluamida) possam fornecer proteção individual contra picadas de vetores da oncocercose, eles não são vistos como uma ferramenta viável para uso isolado em programas de controle da oncocercose, assim como não são vistos como um meio factível para o controle de doenças transmitidas por mosquitos. A aplicação fluvial de inseticidas (larvicidas) tem sido usada com muito sucesso para controlar a oncocercose na África e, de fato, em alguns casos, elimina vetores de oncocercose de regiões endêmicas (CRAINEY *et al.*, 2017; BRATTIG, CHEKE, GARMS, 2021; TRAORÉ *et al.*, 2009). Essa abordagem, no entanto, não foi usada no foco da Amazônia porque a maioria dos rios onde as principais espécies de vetores se reproduzem são grandes demais para que essa abordagem seja eficaz, e devido aos desafios logísticos de identificar locais de reprodução e levar materiais relevantes a esses locais (SHELLEY, 2002).

O monitoramento da transmissão de oncocercose e mansonelose tem sido feito historicamente usando isca humana para capturar vetores, estratégia conhecida em inglês como Human Landing Catches (HLCs) (SILVA *et al.*, 2019; HENDY *et al.*, 2017; LAMBERTON *et al.*, 2016; OTABIL *et al.*, 2018). Porém, preocupações sobre os riscos à saúde que isso representa para aqueles que coletam os simulídeos levaram uma série de métodos alternativos a serem desenvolvidos e testados, incluindo HLCs protegidos com óleo mineral (mopHLCs) (SILVA *et al.*, 2019; HENDY *et al.*, 2017; LAMBERTON *et al.*, 2016; OTABIL *et al.*, 2018). É muito provável que a captura de vetores

que picam o homem através dos dois métodos (mopHLCs e HLCs) produzem dados semelhantes, portanto, dados comparáveis com os usados para calcular os níveis de transmissão dos históricos programas de controle para determinar quando a administração de drogas em massa deve parar (SILVA *et al.*, 2019). Armadilhas de oviposição Bellec e armadilhas Esperanza podem e têm sido usadas para capturar grande número de vetores simulídeos de *O. volvulus*, sem expor os profissionais de saúde a picadas infecciosas (LAMBERTON *et al.*, 2015; BELLEC, 1976).

Em parte, porque as armadilhas Esperanza capturam vetores em busca de hospedeiros, e vez de quando põem ovos, o que parece destinar essa armadilha a se tornar o método padrão pelo qual a OMS capturará vetores na África (OTABIL *et al.*, 2018; HENDY *et al.*, 2017; BRATTIG; CHEKE; GARMS, 2021). Embora essas armadilhas possam, provavelmente, ser adaptadas para coleta de vetores de mansonelose na Amazônia, onde o método mopHLC já foi testado para esse fim, portanto, seu uso e segurança já foram comprovados (SILVA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2022). Qualquer monitoramento da transmissão da mansonelose na região amazônica deve, portanto, utilizar o mopHLC.

Embora os pesquisadores continuem tentando desenvolver uma vacina para oncocercose e filariose linfática, atualmente não há ensaios clínicos de vacinas em andamento e, embora seja possível que as vacinas possam ser uma ferramenta importante na eliminação global dessas doenças, é improvável que sejam usadas em escala por algum tempo (ABRAHAM *et al.*, 2021; SHEY *et al.*, 2019). Apesar dos desafios que o foco amazônico de oncocercose apresenta, já houve um progresso considerável com as medidas de controle implantadas (GRILLET *et al.*, 2019; CRAINEY *et al.*, 2017; BOTTO *et al.*, 2016). Portanto, é improvável que um programa de vacina contra a oncocercose, se fosse desenvolvido, acontecesse em tempo de se tornar útil no foco da Amazônia.

A mesma pesquisa básica de genômica e proteômica, que está sendo usada para ajudar no desenvolvimento de vacinas, pode, no entanto, também ser útil para o desenvolvimento de diagnósticos não invasivos de oncocercose baseados em urina (ABRAHAM *et al.*, 2021; WEWER *et al.*, 2021). Embora a pesquisa genômica e proteômica sobre mansonelose não seja tão avançada quanto a da oncocercose, progressos estão sendo feitos, portanto, desenvolvimentos futuros nesses campos também podem ajudar no desenvolvimento de um diagnóstico baseado em urina para diagnóstico de mansonelose (SINHA *et al.*, 2021; SINHA *et al.*, 2023). E embora seja possível diagnosticar infecções por mansonelose a partir de amostras de sangue (a PCR pode ser usada para melhorar a sensibilidade do teste), parasitos *M. ozzardi* podem ser encontrados na pele e podem não ser encontrados quando amostras de sangue são testadas isoladamente (MEDEIROS *et al.*, 2015; TANG *et al.*, 2018).

Assim, os testes de urina para monitoramento da mansonelose não seriam apenas menos invasivos, mas também poderiam melhorar a sensibilidade do teste. No entanto, como o DNA filarial não é facilmente detectado na urina, é provável que qualquer teste baseado em urina seja imunológico e, como esses testes são geralmente reconhecidos como mais suscetíveis à reatividade cruzada com outras infecções filariais do que os testes baseados em ácido nucléico com maior sensibilidade, também poderia ocorrer perda de especificidade (ALHASSAN *et al.*, 2015).

Ensaio clínico na região sul do estado do Amazonas mostraram que MDA com ivermectina é uma forma viável de quebrar a transmissão de *M. ozzardi* (BASANO *et al.*, 2014). No entanto, *M. perstans*, contra a qual a ivermectina não é eficaz, ocorre na região norte do estado do Amazonas, onde uma abordagem de MDA apenas com ivermectina não seria eficaz no controle da doença em toda a região (TANG *et al.*, 2021; CRAINEY *et al.*, 2020). Tanto *M. ozzardi* quanto *M. perstans*, no entanto, abrigam o mesmo endossimbionte *Wolbachia* que as terapias anti-*Wolbachia* visam para tratamentos curativos de oncocercose e filariose linfática (SINHA *et al.*, 2021). Embora apenas *M. perstans* tenha sido curado com tais terapias, é provável que infecções por *M. ozzardi* também possam ser curadas de forma semelhante (FERREIRA; CRAINEY; LUZ, 2021; DEBRAH *et al.*, 2019; COULIBALY *et al.*, 2009).

O desenvolvimento atual de tratamentos anti-*Wolbachia* de curta duração para oncocercose e filariose linfática é, portanto, potencialmente de grande importância para o controle e/ou eliminação da mansonelose na região amazônica (FERREIRA, CRAINEY, LUZ, 2021; TANG *et al.*, 2021; BAKOWSKI, MCNAMARA, 2019). Considerando a grande diversidade de patógenos infecciosos, a enorme carga de doenças infecciosas e as ameaças de doenças emergentes e reemergentes que desafiam os sistemas de saúde da região amazônica, é improvável que recursos consideráveis, necessários para implementar um programa MDA de interrupção da transmissão bem-sucedido (baseado em medicamentos anti-helmínticos tradicionais), sejam implementados pelas autoridades de saúde. O programa de tratamento baseado em MDA que utiliza drogas anti-*Wolbachia* de curta duração, desenvolvidos para oncocercose e/ou filariose linfática, poderia tornar o controle ou a eliminação da mansonelose da região amazônica muito mais barato e, dessa forma, muito mais viável (FERREIRA, CRAINEY, LUZ, 2021; TANG *et al.*, 2021; BAKOWSKI, MCNAMARA, 2019).

Por outro lado, um sistema alternativo tradicional baseado em MDA que usasse medicamentos anti-helmínticos como ivermectina e mebendazol (baseado em programas existentes usados para controlar e eliminar a filariose linfática e a oncocercose) para interromper a transmissão da mansonelose

exigiria rodadas repetidas de tratamentos e monitoramento cuidadoso coordenado (TANG *et al.*, 2021). O monitoramento das mudanças na prevalência do parasito da mansonelose pode ser feito usando o sistema de notificação de malária existente (Sivep-Malária), e, sobretudo, se fossem direcionados esforços para melhorar a qualidade e uniformidade dos dados coletados dos sistemas existentes. Os bancos de sangue também poderiam fornecer assistência através do monitoramento, embora, considerando que as diretrizes recentes não recomendam o monitoramento desses parasitos e não há procedimentos padrão para triagem ou eliminação de microfíliarias de doações, o desenvolvimento dessa opção exigiria algumas mudanças nas políticas locais (ABRAHIM *et al.*, 2019; DREWS *et al.*, 2021).

O monitoramento da transmissão da mansonelose em locais sentinela pode ser feito usando a mesma captura básica de insetos e detecção de DNA de parasitos filariais, com captura dos vetores através de mopHLC e triagem por meio dos sistemas ITS-1 PCR. Para monitorar a oncocercose, ou detecção de parasitos, pode-se usar o novo método baseado em LAMP (AMAMBO *et al.*, 2023; TANG *et al.*, 2010; POOLE *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2022). Embora os métodos de detecção de LAMP sejam mais práticos para um ambiente de campo, seu uso também exigiria alguns testes para garantir que não haja reatividade cruzada no ambiente amazônico, onde a filária zoonótica é conhecida por ser transmitida por vetores de mansonelose (SILVA *et al.*, 2022).

Os testes LAMP também podem ser usados para exames de pesquisa de sangue, embora o risco de reagir de forma cruzada com um parasito filarial zoonótico seja muito menor com amostras de sangue, essa possibilidade ainda existe, portanto, a detecção de PCR baseada em ITS-1 de DNA do parasito filarial (acompanhado do sequenciamento de Sanger) é provavelmente a forma mais confiável de monitorar infecções por mansonelose entre residentes da Amazônia (ALHASSAN *et al.*, 2015). A dissecação a laser, acompanhada de PCR e sequência de Sanger e/ou PCR em tempo real com sondas específicas, são métodos de caracterização de coinfeções filariais, embora isso também possa ser feito por microscopia de luz (POST *et al.*, 2009; CRAINEY *et al.*, 2020).

Em teoria, os programas de vacinação poderiam ser usados para auxiliar no controle ou eliminação da mansonelose; no entanto, apesar de um aumento recente na pesquisa genômica sobre os parasitos causadores, até agora houve pouco desenvolvimento nessa área (CRAINEY *et al.*, 2018; CRAINEY *et al.*, 2020; SINHA *et al.*, 2021; SINHA *et al.*, 2023). A maior parte da transmissão da mansonelose na região amazônica é realizada por vetores simulídeos, de modo que é improvável que o controle vetorial da mansonelose na região amazônica seja usado pelas mesmas razões que se utiliza no controle da oncocercose (TANG *et al.*, 2018, 2021).

As sociedades americanas e europeias de dirofilariose fornecem um exemplo claro de como o monitoramento pode ser feito sem o apoio financeiro de financiadores de saúde locais ou internacionais (SIMON *et al.*, 2012; TANG *et al.*, 2021). Essas organizações, que estão em operação há quase meio século, normalmente recebem apoio financeiro das empresas envolvidas na fabricação e venda de drogas profiláticas para dirofilariose, como a Merck Animal Health e a Boehringer Ingelheim (SIMON *et al.*, 2012; TANG *et al.*, 2021).

Dessa forma, poderia ser possível contar com o apoio de doadores do setor privado para ajudar a desenvolver fóruns na web sobre Dirofilaria, semelhantes aos que as sociedades citadas acima desenvolveram, para a região amazônica brasileira. Esse fórum poderia ajudar os tutores de animais de companhia da região a evitar que seus animais sejam infectados, além de ajudar os médicos veterinários a identificar e tratar de forma eficaz os cães e gatos da região. Isso poderia potencialmente reduzir o número de regiões infectadas, com humanos que sofrem de infecções zoonóticas por Dirofilaria, e, dessa forma, aliviar os sistemas de saúde locais da carga financeira associada à investigação de lesões por essa zoonose (SIMON *et al.*, 2012; MCCALL *et al.*, 2008).

Outra estratégia seria incentivar clínicas privadas a desenvolverem serviços de diagnóstico de biópsia, que também poderiam ajudar a diminuir o fardo financeiro associado à investigação de lesões por Dirofilaria. Quaisquer bancos de sangue de animais selvagens mantidos para rastrear infecções emergentes por vírus infecciosos também podem ser pesquisados quanto à presença de parasitos filariais usando o mesmo ensaio de PCR ITS-1, usado para detectar filárias em amostras de sangue humano (COSTA *et al.*, 2023). Essa mesma PCR também pode ser usada para identificar insetos antropofílicos que picam portadores de parasitos filariais zoonóticos (SILVA *et al.*, 2022). Embora os mopHLCs não funcionem para a captura de grandes insetos que picam, como mosquitos, podem ser usados para capturar outros vetores zoonóticos filariais semelhantes em tamanho aos simulídeos, como flebotomíneos e mosquitos picadores (Culicoides) (SILVA *et al.*, 2019).

Considerações Finais

Embora muitas filarioses humanas e zoonóticas sejam conhecidas na Amazônia brasileira, a oncocercose é atualmente a única doença filarial que está sujeita a medidas ativas de controle e monitoramento. A mansonelose é a filariose humana mais comum na região, mas nunca foi ativamente monitorada ou visada para controle na Amazônia brasileira ou em outros lugares.

No entanto, as estimativas da carga de doenças associadas à maioria das filarioses humanas aumentaram à medida que foram estudadas e, portanto,

é provável que a importância da mansonelose para a saúde pública cresça à medida que se torna cada vez mais bem compreendida. Novos tratamentos filariais de ação rápida e curativos, desenvolvidos para o controle da oncocercose e da filariose linfática, têm o potencial de tornar o controle da mansonelose muito mais barato e logisticamente mais simples e, portanto, sua implementação mais viável. Quando a carga de outras doenças infecciosas, que são atualmente vistas como prioridade, começar a diminuir, é mais provável que medidas de controle da mansonelose sejam desenvolvidas e implantadas.

Os dados de prevalência e distribuição da mansonelose atualmente coletados passivamente do SIVEP-Malária podem ser facilmente coletados para ajudar futuros programas de controle e monitoramento da doença. Embora seja menos provável que o SUS desenvolva intervenções de controle contra filarioses zoonóticas, como a dirofilariose, sociedades de dirofilariose da Europa e da América do Norte fornecem um modelo de como organizações não-governamentais podem ajudar no controle dessas doenças na região amazônica brasileira.

Referências Bibliográficas:

ABRAHAM, D. *et al.* Development of a recombinant vaccine against human onchocerciasis Expert Review of Vaccines; Volume 20, - Issue 11: **Vaccines for Neglected Tropical Diseases**. Pages 1459-1470. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1977125>>. Acesso em: 13 jan. 23.

ABRAHIM, C. M. M. *et al.* Detection of Mansonella ozzardi among blood donors from highly endemic interior cities of Amazonas state, northern Brazil. **Transfusion**. 2019, p. 59, v. 3, p. 1044-1051.

ALHASSAN, A. *et al.* Expanding the MDx toolbox for filarial diagnosis and surveillance. **Trends Parasitol**. 2015, v. 31, n. 8, p. 391-400.

AMAMBO, G. N. *et al.* Application of loop mediated isothermal amplification (LAMP) assays for the detection of Onchocerca volvulus, Loa loa and Mansonella perstans in humans and vectors. **Frontiers in Tropical Diseases**. 2023, v. 3, p. 1016176.

BAIN, O. *et al.* Human intraocular filariasis caused by Pelecitus sp. Nematode, Brazil. **Emerg Infect Dis**. 2011, v. 17, n. 5, p. 867-869.

BAKOWSKI, M. A.; MCNAMARA, C. W. Advances in antiwolbachial drug discovery for treatment of parasitic filarial worm infections. **Trop Med Infect Dis**. 2019, v. 4, n.3, p. 108.

BARBOSA. *et al.* *Dirofilaria immitis* is endemic in rural areas of the Brazilian Amazonas state capital, Manaus. **Revista Brasileira de Parasitologia Veterinária**. 2023. (dados não publicados no prelo).

BASANO, S. D. *et al.* Sustained clearance of *Mansonella ozzardi* infection after treatment with ivermectin in the Brazilian Amazon. **Am J Trop Med Hyg**. 2014, v. 90, p. 1170–1175.

BELLEÇ, C. Capture d'adultes de *Simulium damnosum* Theobald, 1903 (Diptera: Simuliidae) à l'aide de plaques d'aluminium en Afrique de l'Ouest. **Cahiers ORSTOM Entom Med Parasitol**. 1976, v. 14, p. 209–217.

BOTTOMLEY, C. *et al.* Modelling Neglected Tropical Diseases diagnostics: the sensitivity of skin snips for *Onchocerca volvulus* in near elimination and surveillance settings. **Parasit Vectors**. 2016, v. 9, n. 1, p.343.

BOTTO, C. *et al.* Evidence of suppression of onchocerciasis transmission in the Venezuelan Amazonian focus. **Parasites & vectors**, 2016v. 9, n. 1, p. 1-18.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** (8a ed.). Secretaria de Vigilância da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria n. 3.418, de 31 de agosto de 2022**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a monkeypox (varíola dos macacos) na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. **rev. e atual.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRATTIG, N. W.; CHEKE, R. A.; GARMS, R. Onchocerciasis (river blindness)—more than a century of research and control. **Acta Tropica**, 2021, v. 218, p. 105677.

CLARE, R. H. *et al.* Development and validation of a high-throughput anti-Wolbachia whole-cell screen: a route to macrofilaricidal drugs against onchocerciasis and lymphatic filariasis. **J Biomol Screen**. 2015, v. 20, n. 1, p. 64–69.

CONCEIÇÃO, P. A. *et al.* New molecular identifiers for *Simulium limbatum*

and *Simulium incrustatum* s.l. and the detection of genetic substructure with potential implications for onchocerciasis epidemiology in the Amazonia focus of Brazil. **Acta Trop.** 2013, v. 127, n. 2, p. 118-25.

COOK, G. C. Discovery and clinical importance of the filariases. **Infectious Disease Clinics**, 2004v. 18, n. 2, p. 219-230.

COSTA, C. H. A. *et al.* Ribosomal, mitochondrial and bacterial (*Wolbachia*) reference sequences for *Dipetalonema gracile* obtained from a wild pied tamarin (*Saguinus bicolor*) host in Manaus, Brazil. **Acta Amazonica**. 2023 (In press).

COULIBALY, Y. I. *et al.* A randomized trial of doxycycline for *Mansonella perstans* infection. **N Engl J Med.** 2009, v. 361, n. 15, p. 1448-1458.

CRAINEY, J. L. *et al.* New tools and insights to assist with the molecular identification of *Simulium guianense* sl, main *Onchocerca volvulus* vector within the highland areas of the Amazonia onchocerciasis focus. **Acta tropica**, 2014, v. 131, p. 47-55.

CRAINEY, J. L. *et al.* Onchocerciasis. In: Marcondes, C. (eds) **Arthropod Borne Diseases**. Springer, Cham. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-13884-8_25>. Acesso em: 13 jan. 23.

CRAINEY, J. L. *et al.* *Mansonella ozzardi* mitogenome and pseudogene characterisation provides new perspectives on filarial parasite systematics and CO-1 barcoding. **Sci Rep.** 2018, v. 8, n. 1, p. 6158.

CRAINEY, J. L. *et al.* Deep sequencing reveals occult mansonellosis coinfections in residents from the brazilian amazon village of São Gabriel da Cachoeira. **Clinical Infectious Diseases**, 2020, v. 71, n. 8, p. 1990-1993.

CRUMP, A.; OMURA, S. Ivermectin, 'Wonder drug' from Japan: the human use perspective. **Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci.** 2011, v. 87, n. 2, p. 13-28.

DEBRAH, B. L. *et al.* The efficacy of doxycycline treatment on *Mansonella perstans* infection: an open-label, randomized trial in Ghana. **Am J Trop Med Hyg.** 2019, v. 101, n. 1, p. 84-92.

DREWS, S. J. *et al.* International Society of Blood Transfusion TTID Working Party Parasite Subgroup. Filariasis and transfusion-associated risk: a literature review. **Vox Sang.** doi:10.1111/vox.13073. 2021.

EBERHARD, *et al.* Skin snips have no role in programmatic evaluations for onchocerciasis elimination: a reply to Bottomley *et al.* **Parasit Vectors**. 2017, v. 10, n. 1, p. 154.

FERREIRA, M. U.; CRAINEY, J. L.; LUZ, S. L. B. Mansonella ozzardi. **Trends Parasitol**. 2021, v. 37, n. 1, p. 90-91.

FONTES, G. *et al.* Progress towards elimination of lymphatic filariasis in the Americas region. **International Health**. 2020, v. 13, n. 1, p. S33–S38.

GRAULT, C. E. *et al.* Políticas públicas para doenças transmitidas por vetores: situação atual e educação como alternativa. **Revista de Políticas Públicas**, 2018, v. 22, p. 1171-1194.

GRILLET, M. E. *et al.* Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region. **Lancet Infect Dis**. 2019, v. 19, n. 5, p. e149-e161.

HENDY, A. *et al.* Esperanza Window Traps for the collection of anthropophilic blackflies (Diptera: Simuliidae) in Uganda and Tanzania. **PLoS Negl Trop Dis**. 2017, v. 11, n. 6, p. e0005688.

KATHOLI, C. R. *et al.* Determining the prevalence of *Onchocerca volvulus* infection in vector populations by polymerase chain reaction screening of pools of black flies. **J Infect Dis**. 1995, v. 172, n. 5, p. 1414–7.

LAMBERTON, P. H. *et al.* Onchocerciasis transmission in Ghana: persistence under different control strategies and the role of the simuliid vectors. **PLOS Neglected Tropical Diseases**. 2015, v. 9, n. 4, p. e0003688.

LAMBERTON, P. H. *et al.* Onchocerciasis transmission in Ghana: the human blood index of sibling species of the *Simulium damnosum* complex. **Parasit Vectors**. 2016, v. 9, n. 1, p. 432.

LEFOULON, E. *et al.* Shaking the tree: multi-locus sequence typing usurps current onchocercid (filarial nematode) phylogeny. **PLoS neglected tropical diseases**, 2015, v. 9, n. 11, p. e0004233.

LUZ, S. L. *et al.* Outstanding insecurities concerning the use of an Ov16-based ELISA in the Amazonia onchocerciasis focus. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, 2014, v. 109, n. 4, p. 506-8.

MARTINS, M.; GUIMARÃES, R. C. S.; FONTES, G. Interruption of lymphatic

filariasis transmission in Manaus, a former focus of *Wuchereria bancrofti* in the Western Brazilian Amazon. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2021, v. 45, p. e1.

MATHISON, B. A.; COUTURIER, M. R.; PRITT, B. S. Diagnostic identification and differentiation of microfilariae. **Journal of clinical microbiology**, 2019, v. 57, n. 10, p. e00706-19.

MAZZOTTI, L.; PALOMO, E. A note on the survival of the microfilariae of *Mansonella ozzardi*. *Bull World Health Organ.* 1957, v. 16, n. 3, p. 696-699.
MCCALL, J. W. *et al.* Heartworm disease in animals and humans. **Adv Parasitol.** 2008, v. 66, p. 193-285.

MEDEIROS, J. F. *et al.* A field trial of a PCR-based *Mansonella ozzardi* diagnosis assay detects high-levels of submicroscopic *M. ozzardi* infections in both venous blood samples and FTA card dried blood spots. **Parasit Vectors.** 2015, v. 20, n. 8, p. 280.

MOLYNEUX, D. H. *et al.* Mass drug treatment for lymphatic filariasis and onchocerciasis. **Trends Parasitol**;2003, v. 19, n. 11, p. 516-22.

ORIHTEL, T. C.; EBERHARD, M. L. Zoonotic filariasis. **Clinical microbiology reviews**, 1998, v. 11, n. 2, p. 366-381.

OTABIL, K. B. *et al.* The Search for an Efficient Black Fly Trap for Xenomonitoring of Onchocerciasis. **Journal of Parasitology Research**, 2018, v. 2018, article ID 5902367, 2018.

OTRANTO, D. *et al.* Human intraocular filariasis caused by *Dirofilaria* sp. Nematode, Brazil. **Emerg Infect Dis**; 2011, v. 17, n. 5, p. 863-866.

PENHA, L. C. F. Mobilidade humana e epidemiologia de Mansonelose no município de São Gabriela da Cachoeira, Amazonas, Brasil. 2017. 89 f. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Instituto Leônidas e Maria Deane**, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.

PINHEIRO, A. K. C. *et al.* Doenças infecciosas e a rede de atenção primária à saúde em comunidades ribeirinhas. **Cogitare Enfermagem**, 2012, v. 26, p. e76347.

POOLE, C. B. *et al.* In Silico Identification of Novel Biomarkers and Development of New Rapid Diagnostic Tests for the Filarial Parasites *Mansonella perstans* and *Mansonella ozzardi*. **Scientific Reports.** 2019, v. 9, p. 10275.

POST, R. J. *et al.* Laser-assisted microdissection for the study of the ecology of parasites in their hosts. **Molecular ecology resources**. 2009, v. 9, n. 2, p. 480-486.

REBOLLO, M. P.; BOCKARIE, M. J. Shrinking the lymphatic filariasis map: update on diagnostic tools for mapping and transmission monitoring. **Parasitology**. 2014, v. 141, n. 14, p. 1912-7.

SCHWEICKARDT, J. C.; KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. In: SCHEWEICKARDT, J.; KADRI, M.; LIMA, R. T. S. **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**, 2019, v. 1, p. 8-14.

SHELLEY, A. J. *et al.* Biosystematic studies on the Simuliidae (Diptera) of the Amazonia onchocerciasis focus. **Bull Natl History Museum Entomol Ser**. 1997, v. 66, p. 1-121.

SHELLEY, A. J.; MAIA-HERZOG, M.; CALVÃO-BRITO, R. The specificity of an ELISA for detection of *Onchocerca volvulus* in Brazil in an area endemic for *Mansonella ozzardi*. **Trans R Soc Trop Med Hyg** 2001, v. 95, p. 171-173.

SHELLEY, A. J. Human onchocerciasis in Brazil: an overview. **Cadernos de Saúde Pública**, 2002, v. 18, p. 1167-1177.

SHELLEY, A. J. The Blackflies (Diptera: Simuliidae) of Brazil. SHELLEY, A. J.; HERNANDEZ, L. M.; MAIA-HERZOG, M. *et al.* **Pensoft**. 2010, 821p.

SHEY, R. A. *et al.* In-silico design of a multi-epitope vaccine candidate against onchocerciasis and related filarial diseases. **Scientific Reports**. 2019, v. 9, Article number: 4409.

SILVA, A. M. A. *et al.* Canine dirofilariasis in Coari city, Amazonas State, Brazil. **Archives of Veterinary Science**. 2008, v. 13, n. 2, p. 145-150.

SILVA, L. B. T. *et al.* Molecular Verification of New World *Mansonella persantans* Parasitemias. **Emerg Infect Dis**. 2017, v. 23, n. 3, p. 545-547.

SILVA, T. R. R. *et al.* Blackflies in the ointment: *O. volvulus* vector biting can be significantly reduced by the skin-application of mineral oil during human landing catches. **PLoS Negl Trop Dis**. 2019, v. 13, n. 4, p. e0007234.

SILVA, T. R. R. *et al.* Molecular detection of *Mansonella mariae* incriminates *Simulium oyapockense* as a potentially important bridge vector for Amazon-

- region zoonoses. **Infection, Genetics and Evolution**, 2022, v. 98, p. 105200.
- SIMON, F. *et al.* Human and Animal Dirofilariasis: the Emergence of a Zoonotic Mosaic. **Clin Microbiol Rev**. 2012, v. 25, n. 3, p. 507-544.
- SIMONSEN, P. E. *et al.* The filariases. In: **Manson's Tropical Diseases: Twenty-Third Edition**. Elsevier Ltd, Section 10, Helminthic Infections. 2013, p. 737-765.
- SINHA, A. *et al.* Genomes of 766 Wolbachia endosymbionts from the human filarial parasites *Mansonella perstans* and *Mansonella ozzardi*. **bioRxiv**, 03.23.436630. doi: 10.1101/2021.03.23.436630. 2021.
- SINHA, A. *et al.* Genomes of the human filarial parasites *Mansonella perstans* and *Mansonella ozzardi*. **bioRxiv**. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2023.01.06.523030>>. Acesso em: 13 jan. 23.
- SOARES, H. S. *et al.* Survey of canine tick-borne diseases in Lábrea, Brazilian Amazon: 'accidental' findings of *Dirofilaria immitis* infection. **Braz J Vet Parasitol**; 2014, v. 23, n. 4, p. 473-480.
- SOARES, J. A. A. **Estudo descritivo da Mansonelose (*Mansonella sp.*), Amazonas, 2015 a 2019 – uma doença negligenciada no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário). Escola de Governo Fiocruz Brasília, DF, 2020.
- STOLK, W. A. *et al.* Comparing antigenaemia-and microfilaraemia as criteria for stopping decisions in lymphatic filariasis elimination programmes in Africa. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 2022, v. 16, n. 12, p. e0010953.
- TANG, T. H. T. *et al.* Nested PCR to detect and distinguish the sympatric filarial species *Onchocerca volvulus*, *Mansonella ozzardi* and *Mansonella perstans* in the Amazon Region. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 2010, v. 105, p. 823-828.
- TANG, T. H. T. *et al.* Mansonellosis: current perspectives. **Research and reports in tropical medicine**, 2018, v. 9, p. 9.
- TANG, T. H. T. *et al.* An overview of the management of mansonellosis. **Research and reports in tropical medicine**, 2021, v. 12, p. 93.
- TAYLOR, M. J. *et al.* AntiWolbachia drug discovery and development: safe

macrofilaricidas for onchocerciasis and lymphatic filariasis. **Parasitology**. 2014, v. 141, n. 1, p. 119-127.

TAYLOR, M. J. *et al.* Preclinical development of an oral anti-Wolbachia macrolide drug for the treatment of lymphatic filariasis and onchocerciasis. **Sci Transl Med**. 2019, v. 11, p. 483.

TRAORÉ, S. *et al.* The elimination of the onchocerciasis vector from the island of Bioko as a result of larviciding by the WHO African program for Onchocerciasis control. **Acta Trop**, 2009, v. 111, p. 211–218.

WEWER, V. *et al.* Urine metabolites for the identification of *Onchocerca volvulus* infections in patients from Cameroon. **Parasites Vectors**. 2021, v. 14, p. 397.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Bench aids for the diagnosis of filarial infections**. 1997. Disponível em: < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37156/9241544899_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 21 dez. 22.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Elimination of onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: Ecuador's progress towards verification of elimination**. *Wkly Epidemiol Rec*. 2014, v. 89, n. 37, p. 401–5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Onchocerciasis – Key facts**. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/onchocerciasis>>. Acesso em: 21 dez. 22.



EIXO II:
CAMINHOS DA GESTÃO E DAS
POLÍTICAS PROMISSORAS DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA

Foto: Rodrigo Tobias

CAPÍTULO 7:

Abordagens para o controle do câncer de mama: caminhos da SEMSA Manaus na construção das estratégias de saúde da mulher

Lúcia Marques de Freitas

Ivamar Moreira da Silva

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Francisca Sonja Ale Girão Farias

Gerda Coêlho da Costa

Nádia Socorro Nogueira Pimentel

Introdução

A garantia da universalidade, integralidade e equidade, desígnios centrais do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui um desafio a ser enfrentado cotidianamente pelos gestores da política de saúde. Nesse caminho, as experiências e estratégias construídas desde o advento do SUS sinalizam que nenhum dos entes federativos, por si só, conseguem dar conta das necessidades de saúde da população Brasileira. Este é um desafio a ser enfrentado com o trabalho coletivo da União, Estados e Municípios, cada qual com as estratégias específicas a cada nível de gestão.

Em tempos de descentralização e regionalização na saúde, é preciso fortalecer as ações de gestão e planejamento de forma a assegurar organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A configuração das RAS, a partir de necessidades reais de saúde, traduzem ações e atividades desenvolvidas de forma contínua, objetivando assegurar resolutividade para determinadas

demandas de saúde. As responsabilidades de cada nível de gestão em relação a tais ações, são norteadas por uma série de legislações e normativas particulares a cada tema e que são amplamente negociadas e pactuadas nas instâncias de gestão do SUS.

Para produzir os efeitos desejados na saúde da população, o pleno funcionamento da RAS envolve intensa articulação, interação e coordenação política em torno de metas, indicadores e ações pactuadas nos Conselhos e Comissões Intergestoras. Em relação ao câncer de mama, grave problema de saúde pública que acomete mulheres em todo o mundo, a organização dos fixos de atenção e fluxos é condição sine qua non para assegurar assistência oportuna.

No Brasil, o agravo é o mais incidente entre mulheres e segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), para cada ano do triênio 2023-2025 haverá um total de 73.610 casos novos de neoplasia de mama, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 41,89 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2022). Retratado como a maior causa de morte de mulheres por câncer no país, as neoplasias de mama no Amazonas só são superadas pelos casos de câncer de colo do útero (INCA, 2019).

Por sua magnitude, o câncer, de forma geral, e o câncer de mama, em particular, constituem agravos não transmissíveis que têm comprometido o progresso para o alcance da redução de 1/3 da mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), até 2030, uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, agenda de compromissos assumida pelo Brasil (BRASIL, 2021).

As altas taxas de mortalidade pela doença, associadas ao diagnóstico em estágios avançados, há muito têm justificado a implementação de uma série de estratégias para o controle da supracitada patologia no país, envolvendo a prevenção primária, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (INCA, 2015). Tais estratégias sinalizam que a resposta a um agravo multifatorial como o câncer de mama exige um efetivo trabalho em rede, cuidado prolongado e compartilhado entre serviços, profissionais e a população.

Essa não é uma tarefa exclusiva dos serviços de alta complexidade, pelo contrário, a atenção primária e secundária tem papel central nesse processo, entendimento que condiz com a construção de uma RAS poliárquica e horizontal (MENDES, 2010) que avance para assegurar atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, inclusive quando do diagnóstico de neoplasia de mama, envolvendo a articulação de ações de promoção, prevenção, assistência, tratamento, dentre outras.

Em uma realidade como a Brasileira, na qual aspectos como gênero, raça e pobreza interconectam-se, amplificando vulnerabilidades (FONTOURA *et al.*, 2020), receber o diagnóstico de uma doença que remete à ideia de sofrimento e morte, pode mergulhar muitas mulheres em um cenário de angústia, medo e até mesmo negação. No Amazonas, a pobreza segue impondo seus efeitos sobre as mulheres: no número crescente daquelas que assumem a chefia familiar, configurando 81,8% dos lares beneficiados pelo Auxílio Brasil, em setembro de 2022 (BRASIL, 2022); no número de homicídios de mulheres que, em 2019, alcançou a taxa de 5,7 casos por 100 mil habitantes, superando a média nacional que, no mesmo período, era de 3, 5 casos por 100 mil habitantes (CERQUEIRA, 2021); nos números de óbitos maternos que, em 2021, chegaram a 119 casos (AMAZONAS, 2022). No que concerne ao câncer de mama, em 2021, os óbitos de mulheres relacionados a essa causa, no estado, chegaram a 183 casos, sendo o maior número de registros, 154 óbitos, vinculados ao município de Manaus (AMAZONAS, 2022).

Considerando que um sistema de saúde resolutivo é aquele que atende às necessidades sociais da população (MENDES, 2012) e que o câncer de mama constitui um problema de saúde pública real em Manaus, há de se refletir: como têm sido organizadas e/ou conduzidas as ações da gestão municipal da saúde em relação ao agravo; como tem sido o acompanhamento dos serviços municipais em relação às mulheres que apresentam suspeição de câncer de mama; como se dá a articulação entre os distintos serviços, de forma a assegurar o diagnóstico precoce dos casos suspeitos.

Face a tantas questões, esse capítulo discute e reflete sobre o movimento de construção e reconstrução da linha de cuidado do câncer de mama, tendo como mirante a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus. Descreve, inicialmente, as estratégias construídas para detecção precoce do câncer de mama nas Unidades Básicas de Saúde de Manaus, com ênfase nos instrumentos de planejamento instituídos. Posteriormente, o foco passa a ser as articulações e interações que permeiam o processo de planejamento e implantação do Serviço de Referência para Diagnósticos de Câncer de Mama (SDM) sob gestão municipal. Por fim, tendo em vista o impacto do câncer de mama na morbimortalidade feminina no Brasil, no Amazonas e em Manaus, destaca-se a relevância e a pertinência de se fomentar discussões e, ainda, a significância de serem fortalecidas as estratégias de saúde da mulher relacionadas ao tema.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica e documental, por meio de análise relacionada ao cenário do câncer de mama em Ma-

naus. Os documentos consultados foram: Planejamento (Planos de Saúde, Programação de Saúde, Relatório de Gestão) da SEMSA de 2020 até o momento, disponíveis para acesso na página da Secretaria na internet. As resoluções das instâncias de negociação do SUS (Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestora Bipartite) de 2022, dados dos sistemas utilizados na gestão da saúde (Sistema de Informação do Câncer – SISCAN; Sistema de Informação de Mortalidade – SIM) do período de 2010 a 2022.

Foram coletados dados sobre os serviços desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase na implantação dos Serviços de Referência para Diagnósticos de Câncer de Mama, assim como a legislação consultada são de domínio público. As análises foram realizadas com base na literatura acerca das políticas de saúde voltadas para o tema e do aprendizado institucional e organizacional desenvolvido pela equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Mulher da SEMSA Manaus, em articulação direta com os profissionais que fazem a atenção primária à saúde e com especialistas que aceitaram o desafio da implantação de um serviço municipal de referência para o atendimento dos casos suspeitos de câncer de mama, uma vez que as autoras são profissional de saúde da SEMSA Manaus. O presente estudo foi avaliado pela Secretaria Municipal de Saúde que emitiu parecer favorável à sua submissão para publicação.

FAZER SAÚDE EM MANAUS: tempos e ritmos que ecoam na amplidão da floresta.

Pensar a especificidade da política de saúde, em particular sua interface em relação ao câncer de mama em Manaus, pressupõe entender que cada momento histórico traduz ações e serviços de saúde que refletem o desenvolvimento do lugar. Assim, compartilha-se o entendimento (OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA; 2004) de que, no Amazonas, a expansão da rede urbana seguiu o traçado dos rios ou o caminho feito pelas estradas na região, e que aqui temos um caso extremo de primazia metropolitana (BROWER & GODFREY, 2006), materializada em uma urbanização concentrada em Manaus (CORREA, 2006).

Na calha dos rios Solimões-Amazonas, Manaus emerge como ponto central das atividades econômicas do Estado. O crescimento de Manaus foi promovido pelos impulsos econômicos que marcaram a região e, na Amazônia Legal, deram origem às cidades da borracha, da indústria, da grande empresa mineradora, do garimpo e de apoio a projetos agroindustriais (SATHER *et al.*, 2009).

Como parte de um projeto de Amazônia, a aldeia foi higienizada, transformada em grande urbe e moderno núcleo urbano de interesse internacional, processo retratado por Edneia Mascarenhas Dias em “A ilusão do Fausto” (1999). A modernização, o crescimento populacional e a “ocupação” não significou melhoria nas condições de vida dos que aqui estavam ou daqueles que chegaram (OLIVEIRA, 2014), resultando em uma cidade complexa e contraditória. Em uma realidade capturada pelo mercado, com extrema concentração de riqueza e onde os resultados obtidos, seja na saúde ou em outras áreas, impactam em um território que vai além do escopo da região metropolitana, Manaus cresce entre intervenções planejadas e ocupações espontâneas se distanciando das margens do rio e espalhando-se em direção ao Leste e Norte (OLIVEIRA & SCHOR, 2000), apresentando uma população estimada de 2.255.903 habitantes (IBGE, 2021).

Tendo em vista o desenvolvimento da capital e região e a necessidade precípua de conciliar o planejamento e execução de funções públicas de interesse comum, foi criada por meio da Lei Complementar Nº 52/2007 e atualizada pelas Leis Nº 59/2007 e 64/2009, a Região Metropolitana (RM) de Manaus que apresenta hoje uma composição de 13 municípios (Manaus, Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Novo Airão, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Silves, Itapiranga, Careiro, Manaquiri, Autazes) e se estende por uma extensão de mais de 127 mil Km². Em Relatório de 2021, o Instituto Pesquisa Econômica e Aplicada retratou especificidades da RM de Manaus, os entraves que resultaram no congelamento dos trabalhos relativos à sua consolidação e as iniciativas adotadas em prol da constituição de uma efetiva política metropolitana. Manaus apresenta, dentre tantas outras questões, alta concentração populacional, com 52,75% da população do estado; alta concentração econômica, com parcela majoritária das atividades industriais do estado vinculadas à cidade; e concentração também de grandes áreas de desmatamento (BRASIL, 2021).

No caso da saúde, Manaus integra a região de saúde de Manaus, entorno e Alto Rio Negro, que tem em sua composição outros 11 municípios, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, Iranduba, Careiro da Várzea, Careiro Castanho, Manaquiri, Autazes, São Gabriel da Cachoeira, Santa Izabel do Rio Negro, Barcelos e Nova Olinda. Note-se que o desenho a região de saúde não coincide com o desenho da Região Metropolitana e que a região de saúde apresenta um desenho descontínuo o que sinaliza a complexidade do fazer saúde no Amazonas e em Manaus. Aqui, a concentração de serviços de média e alta complexidade tecnológica, a presença dos maiores prestadores privados de serviços para o SUS no estado, não reduz os desafios cotidianos enfrentados pela população.

Diante desse entendimento, pensar o fazer saúde em Manaus, em particular do ponto de vista das ações sob responsabilidade da gestão da SEMSA é um desafio, pois mesmo com a capacidade instalada no município e apresentando uma rede de saúde municipal com 304 estabelecimentos de saúde, Manaus apresenta uma cobertura de 67,28 % da atenção básica (E-Gestor Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica, em dezembro de 2020). A responsabilidade que a cidade assume em relação a dinâmica de assistência à saúde no estado, faz com que enfrente cotidianamente problemas relacionados a gargalos no sistema de saúde.

Assegurar assistência à saúde, em particular a atenção primária, nos distintos lugares da metrópole, lá onde a vida do cidadão se desenrola e ganha sentido, é produto do trabalho materializado ao longo do processo histórico da própria SEMSA Manaus. Em uma cidade outrora denominada de “não cidadã” (OLIVEIRA & SCHOR, 2000), os serviços de atenção primária, por sua proximidade com o local onde a população vive e trabalha, são estratégicos como fonte de cuidados, em particular às pessoas com agravos crônicos como o câncer. O desafio de assegurar a ampliação da cobertura da atenção primária em Manaus, manifesto na diretriz de “*Organização do acesso a serviços resolutivos e de qualidade na atenção à saúde*”, registrada no Plano municipal de Saúde 2022- 2025 (MANAUS, 2022), não se reduz somente a instalação de pontos de atenção à saúde, mas faz parte do sonho coletivo de construção de uma cidade e de uma saúde para todos.

O aprimoramento da saúde municipal em Manaus é obra de homens e mulheres inseridos nas inúmeras equipes dispersas na cidade e que resistem à indiferença e reinventam cotidianamente o cuidado e a gestão da saúde. Ao mesmo tempo que a cidade separa populações abastadas das mais empobrecidas, ela une, na saúde, interesses comuns, que nesse artigo é a defesa da vida de das mulheres, em particular aquelas com suspeição e/ou diagnóstico de câncer de mama.

Nesse entendimento, não cabe ficar olhando de forma enfadonha as dificuldades que se apresentam ao fazer saúde em Manaus. É preciso construir, alinhar, insistir, construir e organizar caminhos próprios ao lugar. É esse processo de construção que se quer destacar, sem apontar culpados, sinalizando fragilidades e potencialidades políticas de um processo que tem a atenção primária como ponto de partida e chegada da linha de cuidados do câncer de mama.

Um olhar sobre o câncer de mama a partir da atenção primária à saúde

As relações entre os níveis de governo constituem uma variável relacionada à ação política que, na saúde, se fortalece com a criação do SUS e, em particular, com o avanço de um processo de descentralização que tem como característica a desconcentração de funções do governo federal para Estados e Municípios. Atuando como produtor de convergências, o Ministério da Saúde historicamente tem induzido os demais entes federativos a compartilhar uma série de responsabilidades em relação ao fazer saúde, seja no financiamento, na formulação da política e, em particular, na sua implementação (VIANA, 2014; ARRETCHE, 2012).

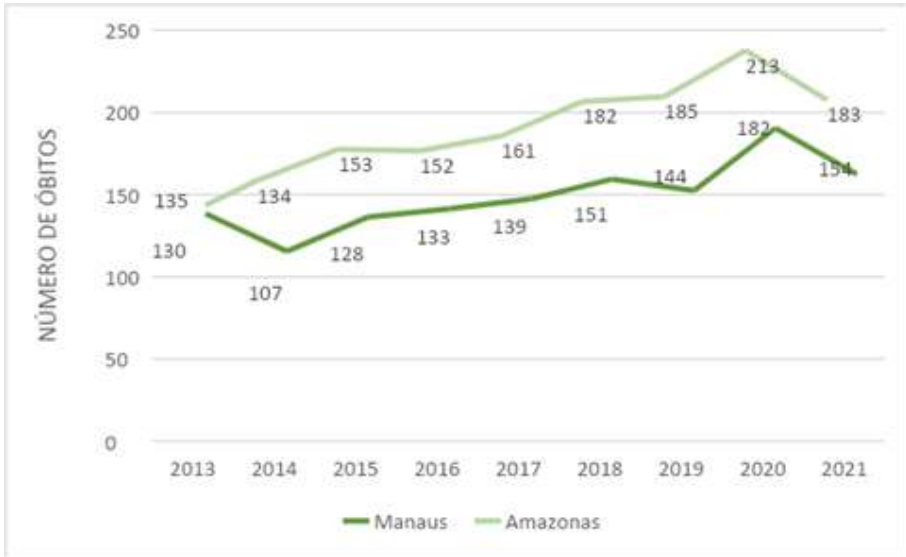
Em relação ao objetivo de “estruturar a assistência ao paciente oncológico” (SILVA *et al.*, 2017), há muito, o governo federal vem produzindo inúmeras estratégias políticas em relação ao tema, envolvendo desde a definição de regras estruturantes para os serviços, critérios para habilitação, financiamento, construção de protocolos, até a elaboração de diretrizes terapêuticas. A multiplicidade de normativas pressupõe a pujança do tema e o lugar central que o câncer assume enquanto problema de saúde pública no Brasil.

Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº174, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação em questão permite entrever que, pela complexidade da patologia, seria necessário assegurar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde, tanto para a população que já tem a doença instalada, quanto para a população em geral. Diante da abrangência da temática, da multifatorialidade e da transversalidade que envolve o tema, ações de promoção; prevenção; vigilância, monitoramento e avaliação; ciência e tecnologia; educação e comunicação em saúde também se destacam.

As responsabilidades em relação à redução da mortalidade e incapacidades causadas pela doença encontram-se divididas entre todas as esferas de gestão do SUS. No Amazonas, a Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCE-CON), historicamente, tem sido protagonista na condução das ações relacionadas ao câncer no estado, em particular quando de sua manifestação na mama.

Ao contrário do restante do país, a incidência da patologia é menor no Amazonas, porém o número de óbitos por este tipo de câncer tem apresentado elevação e concentração em Manaus, conforme evidencia o gráfico subsequente (AMAZONAS, 2022).

Gráfico 1. Série histórica de óbitos por Câncer de Mama, Amazonas e Município de Manaus 2013 – 2021.



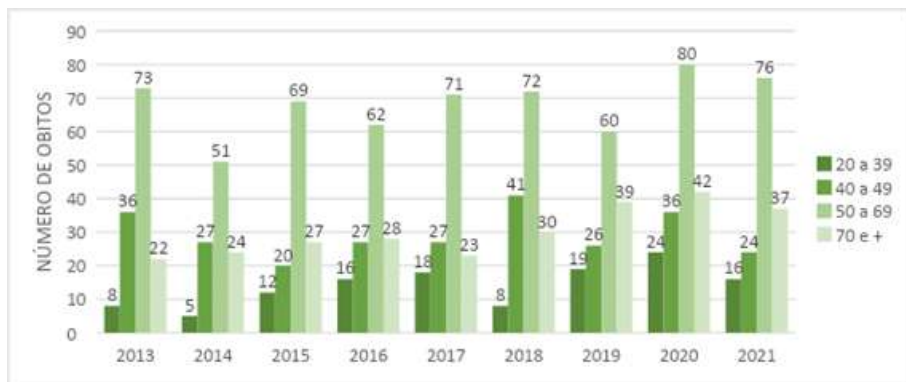
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, novembro de 2022.

Em Manaus, em relação ao câncer de mama, o Inca estima, 500 novos casos no triênio 2023-2025, colocando-o como o terceiro tipo de câncer em incidência, atrás apenas do câncer do colo do útero e do de pele não melanoma. Durante a pandemia da COVID-19, constatou-se um decréscimo dos óbitos associados ao câncer de mama. Contudo, este dado não indica, necessariamente, uma redução das mortes, mas pode denotar a existência de um quantitativo de mulheres que, talvez, tenham morrido sem diagnóstico prévio da neoplasia de mama – devido às dificuldades impostas pelo período pandêmico – ou que tiveram o agravo confirmado, mas cuja morte foi associada a outras causas.

O diagnóstico de muitos agravos, incluindo o câncer de mama, foram postergados durante o auge da pandemia, o que decerto apresentará implicações futuras para muitas mulheres, em particular para aquelas diagnosticadas em estágios avançados da doença. Estudos sinalizam que a pandemia refletiu, dentre outras questões, na queda de atendimentos, em hospitais públicos, a usuários em rastreamento e tratamento para câncer de mama (GANDRA, 2020), situação evidenciada no percentual de 62% das mulheres que referiram, em pesquisa, estar esperando a pandemia acabar para retomar as

consultas médicas e os exames de rotina para detecção de câncer de mama (TASTCH, 2020). Em Manaus, a faixa etária em que há maior número de óbitos relacionados à neoplasia de mama, está apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 2. Série histórica de óbitos por Câncer de Mama, por faixa etária - Município de Manaus 2013 – 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, novembro de 2022.

Os dados indicam que os óbitos por neoplasia da mama têm ocorrido, predominantemente, nas mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos, ou seja, dentro do período etário preconizado pelo Ministério da Saúde como prioritário para o rastreamento do agravo. É importante ressaltar, que na faixa de 40 a 49 anos, os óbitos, são em torno de 50% em relação à faixa etária de rastreamento, motivo pelo qual a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) orienta a realização da mamografia de rotina para essa população.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a população feminina estimada do município de Manaus é de 1.150.457 mulheres; destas, 125.587 encontram-se na faixa etária de 50 a 69, período preconizado para rastreamento do câncer de mama.

Considerando esse cenário, as diretrizes nacionais e sua responsabilidade em relação à realização do “rastreamento de acordo com os protocolos e as diretrizes federais ou de acordo com protocolos locais, baseados em evidências científicas e na realidade locorregional” (BRASIL, 2013), a SEMSA Manaus, no Plano Municipal 2022- 2025 (MANAUS, 2022), definiu como meta a ampliação “de 17.788, em 2019, para 26.158 até 2025, o número de mulheres usuárias do SUS, na faixa etária de 50 a 69 anos, com exame de mamografia de rastre-

amento realizado em até 2 anos”. Para alcançar esse objetivo, a Programação Anual de Saúde 2022 (MANAUS, 2022) elencou algumas ações estratégicas a serem realizadas e/ou fortalecidas na rede municipal de atenção à saúde, dentre as quais pontuamos, a implantação “do rastreo organizado do câncer de mama em 50% das unidades de saúde da Família” e o monitoramento da “quantidade de exames solicitados e realizados em relação à população de rastreo” (MANAUS, 2022).

A preocupação em definir caminhos para a detecção precoce do câncer de mama remonta à época do Programa Viva Mulher, em 1997, com a ênfase na realização do autoexame mensal e exame clínico anual das mamas; às recomendações de 2002 do Instituto Nacional de Câncer quanto ao uso prioritário da mamografia para o diagnóstico; ao consenso que deu origem às diretrizes nacionais para detecção precoce do câncer de mama, em 2004 (MIGOWSKI, 2018). Desde então, o rastreamento mamográfico tem sido recomendado bienalmente, com foco na população de 50 a 69 anos. Contudo, embora as diretrizes indiquem uma população-alvo para realização da mamografia, a avaliação oportuna de sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama deve ser uma prioridade nos serviços de saúde.

Como centro de comunicação da rede de atenção à saúde, a atenção primária à saúde integra a linha de cuidado do câncer de mama, sendo seu ponto de partida e chegada. Este nível de atenção, por ser o primeiro contato da população com o sistema de saúde, tem o potencial para implementar ações de prevenção primária e secundária em relação ao câncer de mama (INCA, 2015), a saber, a redução ou eliminação de fatores de risco para o câncer; o diagnóstico precoce, por meio da identificação de sinais e de sintomas suspeitos; a solicitação e inserção do pedido da mamografia no Sistema de Regulação. Por estarem situados próximos aos territórios de vida da população, os serviços de atenção primária também têm a responsabilidade de realizar o seguimento das pessoas com resultados alterados, de acordo com as diretrizes técnicas vigentes, além de se configurar como fonte regular de cuidados, inclusive nos casos de cuidados paliativos.

Em consulta ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em outubro de 2022, o Amazonas teria disponibilidade de 114 mamógrafos, dentre os quais, 47 equipamentos estavam situados em Manaus. A disponibilidade do equipamento, por si só, não assegura o acesso da população ao rastreamento do câncer de mama – por meio da mamografia – uma vez que os usuários devem se apropriar dos serviços disponíveis na rede, como corrobora o quadro subsequente.

Quadro 1. Série histórica de mamografias realizadas por faixa etária, Município de Manaus, 2015 – 2022.

FAIXA ETÁRIA	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
9 a 39	61	52	152	644	580	347	461	428
40 a 49	405	398	1.541	6.782	7.253	4.798	6.532	4.956
50 a 69	674	492	2.277	9.356	10.363	7.894	10.869	9.156
70 e +	65	66	236	968	1.049	613	841	711

Fonte: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), acesso em 20 de outubro 2022.

O quadro indica que as mulheres na faixa etária indicada pelo Ministério da Saúde para realização da mamografia têm, em certa medida, sido alcançadas e que o exame também tem sido assegurado a outras populações, como aquela com 39 anos ou menos. Tendo em vista que a cobertura de mamografias no Brasil tem apresentado queda a partir de 2014 (ALCANTARA *et al.*, 2022), constata-se, ainda, que a SEMSA Manaus, apesar dos esforços, tem enfrentado dificuldade para alcançar a meta definida em relação à realização do exame, principalmente considerando o período pandêmico de 2020 e 2021, conforme evidenciam os Relatórios Anuais de Gestão.

Quadro 2: Resultado meta – mamografia rastreamento, Manaus, 2019 a 2021

META DEFINIDA – PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	% META ALCANÇADA DA PAS		
2019 – 2021	2019	2020	2021
Ampliar de 0,23, em 2016, para 0,45, até 2021, a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.	64,29	26,19	40

Fonte: Adaptado a partir do Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2019, 2020, 2021.

A detecção precoce do câncer de mama é realizada por meio de múltiplas estratégias: o diagnóstico precoce, da identificação de pessoas com sinais e sintomas suspeitos da patologia; e o rastreamento, via realização de exames que objetivam identificar a doença na fase inicial, em pessoas assintomáticas (INCA, 2021). Daí a importância de realização da mamografia em populações específicas para além daquelas que apresentam sintomas.

Por sua proximidade das comunidades e populações, os serviços de atenção primária podem, efetivamente, ser o contato acolhedor inicial de muitas pessoas que, posteriormente, terão seu diagnóstico de câncer confirmado ou não. Nesse sentido, as unidades da atenção primária configuram-se como espaços privilegiados de escuta qualificada, de diálogo, e o de conhecimento de crenças, anseios e medos implícitos ao trato com a população, com o humano. Nesse entendimento, a mulher está no centro da atenção e de um processo de cuidado desenvolvido para além do tecnicismo (ACIOLI *et al.*, 2014) e que, nos casos de câncer de mama, pode fazer a diferença no diagnóstico precoce, seja reduzindo barreiras de acesso ao serviço, valorizando a queixa manifesta em atendimento, ou ainda, identificando a tendência à paralisia ou procrastinação do cuidado em si, que atinge tantas mulheres.

O controle do câncer de mama é uma prioridade na agenda da saúde Brasileira, manifesta inclusive em ações estratégicas definidas em relação à meta de “reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama” como doença crônica não transmissível no país, esta entendida como a morte de mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos. As ações propostas são amplas e abrangem estratégias como:

- Realizar campanha nacional sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção.
- Aperfeiçoar o rastreamento do câncer de mama e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário.
- Implantar programa nacional de qualidade em mamografia, que assegure o monitoramento e a cobertura de pelo menos 70% da rede SUS.
- Desenvolver e/ou fortalecer sistemas de informação em saúde para a vigilância de cânceres, a fim de criar capacidade adequada para avaliação do impacto deles sobre a população, e a implementação eficaz de programas de prevenção e controle, incluindo serviços diagnósticos e monitoramento da qualidade dos exames de rastreamento (BRASIL, 2021, p. 101 – 102).

Tais ações indicam que encontrar caminhos para se aproximar das metas e efetivamente alcançar a população requer trabalho articulado com foco na promoção, na prevenção, na vigilância e no cuidado em saúde.

Ressalta-se que se o conhecimento dos profissionais de saúde em relação

à linha de cuidado do câncer de mama no município de Manaus for frágil, isso pode comprometer a resolutividade que os casos suspeitos da patologia requerem, bem como gerar informações discordantes que podem retardar o diagnóstico, fragilizando a coordenação do cuidado, atributo indispensável da atenção primária (STARFIELD, 2002). Isto posto, também há de se atentar quanto à necessidade de continuar a investir na capacitação para os profissionais da atenção primária no que concerne aos protocolos e às diretrizes nacionais baseadas em evidências para o cuidado do câncer (BRASIL, 2021), uma vez que esses profissionais e suas equipes serão fonte contínua de informação, confiança e responsabilização para a população.

Equipes de atenção primária têm o potencial ampliado para intervir sobre fatores de risco modificáveis para o câncer de mama; realizar atividades educativas coletivas sobre o tema; acolher e valorizar as queixas da mulher, ouvindo-a; suspeitar, realizar exame clínico das mamas, dar respostas resolutivas a partir do conhecimento da linha de cuidados e dos direitos dessa mulher (BRASIL, 2006). No caso do câncer de mama, quando a mulher retorna ao serviço com o resultado e diagnóstico da mamografia, as condutas a serem realizadas utilizam como referência a escala Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS), sistematização internacional de garantia de qualidade, destinada a uniformizar relatórios, padronizar os termos empregados, bem como sugerir melhores condutas, otimizando o laudo final, reduzindo as margens de dúvidas na interpretação das imagens.

O quadro a seguir apresenta a classificação BI-RADS das mamografias realizadas em Manaus.

Quadro 3. Mamografias realizadas por faixa etária, considerando o BI-RADS Município de Manaus 2015 – 2022.

BI-RADS	9 A 24 ANOS	25 A 39 ANOS	40 A 49 ANOS	50 A 69 ANOS	70 +
Categoria 0	28	294	3.314	4.347	400
Categoria 1	68	962	12.995	13.687	653
Categoria 2	42	691	10.304	21.215	2.436
Categoria 3	2	33	310	481	53
Categoria 4	0	27	216	383	71
Categoria 5	0	7	34	52	15

Fonte: Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), outubro de 2022.

Os dados apresentados no quadro devem ser analisados segundo os Parâmetros Técnicos para o Rastreamento do Câncer de Mama (2021), de acordo com os quais os achados na categoria 0 devem ser reavaliados de forma a confirmar a classificação; aqueles classificados na categoria 1 e 2 devem prosseguir com a rotina de rastreamento a cada dois anos e os enquadrados na categoria 3, considerados como “provavelmente benignos”, devem fazer controle radiológico por três anos, confirmando a estabilidade da lesão (INCA, 2021). Por sua vez, para os resultados de exames mamográficos que evidenciam BIRADS 04 e 05 – e que, no caso de Manaus, apresentam-se concentrados, predominantemente, na faixa etária prioritária para o rastreio, mulheres de 50 a 69 anos – a alta suspeição de malignidade exige a realização de biópsia, procedimento necessário para a confirmação ou não da neoplasia.

Até dezembro de 2021, as usuárias que apresentavam classificação BI-RADS 4 e 5 na mamografia eram encaminhadas para agendamento local de consulta e realização da biópsia, na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON). A FCECON absorve o atendimento público dos casos de câncer no Amazonas e, mesmo com a promulgação das Leis Nº12.732/2012 e Nº13.896/2019, que versam sobre os prazos para início do tratamento, os relatos quanto às dificuldades e a demora para conseguir o atendimento inicial e realizar a biópsia ainda são recorrentes. Algumas ações de realização de biópsia e até mesmo de cirurgias da mama eram realizadas por outros serviços, sendo necessária sua regulação, de forma a organizar o acesso e garantir a prestação de serviços à população demandante.

Entende-se que a regulação tem papel estratégico na organização das ações de saúde, em particular aquelas relacionadas ao câncer de mama, redimensionando a oferta dos serviços, qualificando-a a partir das pactuações realizadas pelos gestores. A realização de procedimentos e serviços fora do escopo do sistema de regulação fragiliza a condução democrática do sistema; penaliza a população demandante, obrigando-a a retirar do pouco que tem para custear serviços privados para realizar exames e procedimentos ou a peregrinar à procura de um serviço que lhe é devido pelo Estado; ou ainda, assegura a perpetuação de um agir político centrado em práticas paternalistas e/ou clientelistas.

Sem dúvida a lógica que norteia a tessitura de outros caminhos que não os pactuados democraticamente nas instâncias de negociação do SUS, têm sua origem nas fragilidades da linha de cuidado do câncer de mama. Contudo, há de se reconhecer que o adoecimento impulsiona a população a buscar resoluções para seu problema de saúde, utilizando para tanto o que outrora ficou denominado como “agir leigo” (CECÍLIO, 2014), ou seja, um conjunto de ações que demarcam outras formas de caminhar no sistema que não as instituídas. É preciso estar atento a esses mapas traçados pelos usuários, dando-lhes vi-

sibilidade e analisando se essas rotas poderiam ou não ser incorporadas aos modos de caminhar definidos nas linhas de cuidado, reduzindo angústia, dor e sofrimento de muitos.

Por fim, destaca-se que a linha de cuidado do câncer de mama em Manaus tem a atenção primária como coordenadora da rede e aqui a reestruturação da RAS é indispensável. Reestruturar, reorganizar e regular os fluxos da linha de cuidado do câncer de mama são medidas que devem caminhar lado a lado com uma atenção primária resolutiva e humana, onde as mulheres que apresentem suspeição da patologia sejam acolhidas e tenham segurança de ser cuidadas por uma equipe com a qual têm vínculo. Caminhemos nessa direção.

Caminhos da implantação de um serviço municipal de referência para diagnóstico de câncer de mama em Manaus

Estudos (MEDEIROS *et al.*, 2020; OSHIRO *et al.*, 2014) têm evidenciado que o diagnóstico tardio do câncer de mama ainda é uma realidade em muitas regiões Brasileiras. A demora no diagnóstico e início do tratamento têm sido indicados como aspectos que refletem tanto nos números da mortalidade pelo agravo no país, quanto na relação que se estabelece entre o estadiamento da doença e os custos do tratamento.

Desde 2012, com a promulgação da Lei Nº 12.732, o tempo entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento tem sido acompanhado no Brasil, sendo definido um intervalo de até 60 dias para o início do tratamento. Em 2019, essa legislação foi atualizada, sendo definido na Lei Nº 13.896 que, nos casos em que a *“hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias”*.

O cumprimento desses prazos é um desafio que se apresenta há anos e implicam reconhecer que as respostas governamentais construídas em relação ao câncer de mama são dinâmicas e envolvem negociações e pactuações entre os entes federativos. Assim, na perspectiva de que a organização das RAS permite criar e recriar arranjos técnicos e institucionais (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015), de forma a fortalecer a integração dos serviços e aprimorar os processos de trabalho, em 2021, a SEMSA Manaus, suscitou uma série de reuniões técnicas internas e interinstitucionais com o intuito de aprimorar a linha de cuidado do câncer de mama no município.

Essa ação técnica encontra-se legitimada na responsabilidade em relação a análise dos dados municipais de forma a otimizar o planejamento das

ações locais e qualificar a atenção das pessoas com câncer, evidenciando também que múltiplos atores estão envolvidos na condução e implementação de uma política pública. É a interação entre esses atores nos processos decisórios, as diferentes perspectivas e valores que defendem, que dá vida e materialidade às políticas (LOTTA, 2019), nesse caso o foco estava voltado para o câncer de mama na cidade de Manaus.

O conhecimento dos arranjos institucionais relacionados ao câncer de mama na cidade permitia à equipe inferir que, conferir robustez à organização da atenção e assegurar a integralidade na assistência aos casos suspeitos de câncer de mama, envolvia, dentre outras questões, a ampliação das articulações entre os serviços de atenção primária, atenção secundária e a atenção terciária, especificamente a FCECON; assegurar não só a existência, mas a habilitação e regulação de serviços para realização de biópsias de mama; definir e habilitar serviço de apoio diagnóstico com capacidade instalada para processar e liberar os laudos em tempo oportuno, cumprindo a legislação; pactuar os fluxos e a regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos relacionados ao câncer de mama.

Depreende-se, portanto, que muitos desafios estavam postos em relação à configuração da estrutura dos serviços tendo como meta-objetivo o diagnóstico precoce, o início oportuno do tratamento e a integralidade da assistência. Nesse caminho, a interlocução entre a gestão municipal e estadual, teve como resultado inicial a aprovação, em dezembro de 2021, pela Comissão Intergestora Bipartite – CIB/AM, por meio da Resolução Nº 307, de novo fluxo de doenças da mama no estado, bem como a habilitação dos Serviços de Referência de Diagnóstico do Câncer de Mama que funcionariam em apoio aos serviços já existentes. Na ocasião foram habilitados como SDM os seguintes serviços estaduais: Policlínica Codajás, Instituto da Mulher Dona Lindu e Hospital Delphina Aziz.

No bojo desse processo, a SEMSA Manaus, deu início às tratativas para criação e habilitação de dois Serviços Municipais de Referência de Diagnósticos do Câncer de Mama (SDM), sendo um na Policlínica Castelo Branco e outro da Policlínica Djalma Batista. A estruturação de tais serviços já vêm sendo induzida pelo Ministério da Saúde desde 2014, com a Portaria Nº 189, instrumento legal que institui o SDM como componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Conhecendo as fragilidades da rede era preciso conciliar a demanda pelos serviços à estrutura disponível na secretaria, de forma a assegurar resolutividade no atendimento.

Tendo em vista que a política envolve a soma de inúmeras decisões tomadas no decorrer do processo foi realizado um movimento com os gestores e profissionais das policlínicas onde os SDM funcionariam, assegurando o diálogo necessário para a implantação dos serviços. O município fez um esforço para se

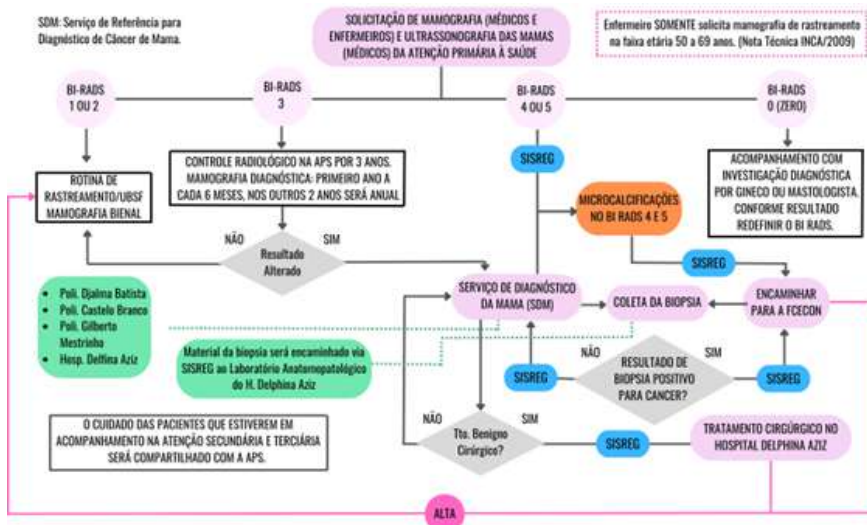
adequar à Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014, com a aquisição de:

- disparadores pistolas e agulhas;
- aparelhos de ultrassonografia para a CoreBiopsy, orientada por ultrassonografia;
- macas ginecológicas elétricas, facilitando a realização do procedimento;
- frascos adequados para acondicionamento das peças com utilização de formol tamponado, que permite uma fixação tecidual satisfatória não só para estudos morfológicos, mas também para aplicação de técnicas como imuno-histoquímica e testes de biologia molecular;
- bolsas de gelo para realização de compressas frias pós biópsia, visando evitar e/ou reduzir possíveis sangramentos e hematomas.

Em julho de 2022, os SDM municipais foram apresentados na 7ª Assembleia Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, 2022 sendo devidamente aprovados conforme Resolução nº 020, DE 27 de julho de 2022. Em agosto de 2022, através da Resolução CIB/AM Nº 82, foi consensuado a aprovação da habilitação dos Serviços de Referência para Diagnóstico de Mama Municipais nas Policlínicas Castelo Branco e Djalma Batista.

A figura subsequente apresenta o fluxo para diagnóstico do câncer de mama em Manaus.

Figura 1: Fluxo para atendimento às doenças da mama em Manaus, 2022



Fonte: Nota Técnica Nº 002/2022 - SES/AM e SEMSA/MANAUS.

O fluxo em questão foi consolidado por meio de Nota Técnica Conjunta N° 002/2022 - SES/AM e SEMSA/MANAUAS, que normatiza o Fluxo de acesso para SRC (Serviço de Referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo do útero) e SDM (Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de mama) já com a inserção das Policlínicas Castelo Branco e Djalma Batista como serviços que realizariam coleta de biópsia de mama.

Note-se que os SDM sob gestão municipal começaram a atender efetivamente em fevereiro de 2022. Considerando a atenção primária à saúde como espaço predominante do primeiro contato da população com os serviços de saúde, inicialmente foi realizada a divulgação do novo fluxo via webconferência para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) municipal e em paralelo divulgação à população, por meio das mídias sociais.

Reconhecendo que o funcionamento dos SDM municipais é recente, o que tem requerido uma avaliação constante do trabalho desenvolvido, identificando entraves, entende-se que a implantação do serviço representa uma conquista para as mulheres e um avanço na configuração da linha de cuidado do câncer de mama em Manaus. O planejamento da linha de cuidado do câncer de mama em Manaus, evidencia que o processo tem início no município, especificamente na atenção primária à saúde, ascendendo na RAS para serviços de maior complexidade como os SDM. Os arranjos definidos, a pactuação dos fluxos e sua devida regulação traduzem compromisso e responsabilização dos entes na integração das ações e serviços.

De fevereiro de 2022, segundo dados do Sistema de Regulação do Município (SISREG), até 15 de novembro de 2022, foram realizadas 908 consultas de Mastologia nos SDM municipais. Nódulos e alterações na mama são os indícios mais comuns do câncer de mama, porém somente com o resultado da biópsia o diagnóstico é confirmado, sendo necessário ainda realizar outros exames para verificar se houve ou não disseminação da doença para outros sítios.

Mediante a suspeição de câncer de mama, o período que antecede a realização da biópsia e confirmação do diagnóstico é marcado por múltiplos sentimentos, associando a neoplasia ao medo da morte, da dor e do sofrimento (ALVARAES *et al.*, 2017); a possibilidade de mutilação física (FURTADO *et al.*, 2016); as preocupações com a família (MILAGRES, MAFRA, SILVA, 2016). Entendendo que a presença de uma equipe multidisciplinar com prática interdisciplinar apta a assegurar apoio, orientar, esclarecer dúvidas, informar e incentivar as mulheres a realizar a biópsia e, em caso de confirmação do diagnóstico, dar continuidade ao tratamento, é essencial, nos dois

serviços municipais fazem parte da equipe, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e psicólogo.

Até novembro de 2022, os SDM municipais haviam realizado 193 biópsias de mama. A população atendida chegou ao serviço encaminhada por meio do SISREG. Essa informação sinaliza que a criação do SDM municipal é legítima, pois há uma demanda de mulheres para realizar o procedimento. Considerando o avanço na organização dos serviços, foram definidos dias específicos para realização das biópsias, conforme quadro a seguir.

Quadro 4: Dias e horários realização de Biópsias de Mama, Manaus, 2022.

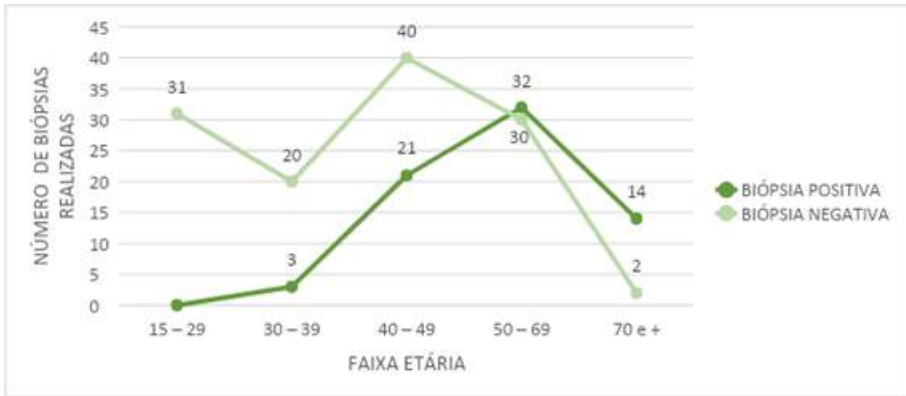
SDM	DIAS	TURNO
Policlínica Castelo Branco	Segunda a quinta-feira	Manhã
Policlínica Djalma Batista	Segunda a quinta-feira	Manhã

Fonte: SDM municipais - SEMSA Manaus, novembro de 2022.

Tendo em vista as implicações que o atraso do diagnóstico impõe às mulheres, às suas famílias e ao próprio sistema de saúde, algumas medidas logísticas foram adotadas de forma a tornar o serviço mais resolutivo. Os Distritos de Saúde (DISA) onde os SDM estão vinculados, no caso DISA Sul e DISA Norte, asseguraram um veículo para levar as amostras biológicas para o Laboratório do Hospital Delphina Aziz, credenciado pelo Estado para realização da análise e emissão do laudo. Todas as amostras são registradas no SISREG. Essa medida, aparentemente banal, tem assegurado que as amostras cheguem semanalmente ao Laboratório, reduzindo eventuais contratempos em relação a qualidade do material biológico ou mesmo seu extravio.

Todas as amostras analisadas que apresentam resultado positivo para neoplasia de mama são encaminhadas em fluxo contínuos para realização do exame de imuno-histoquímica. O resultado das biópsias também é recolhido pela SEMSA no Laboratório do Hospital Delphina Aziz e, de posse dos resultados, a equipe do SDM procede a busca ativa das usuárias e o agendamento do retorno ao mastologista para receber o exame. Essa medida tem se mostrado efetiva na redução do absenteísmo e agilizando o encaminhamento para o tratamento.

Gráfico 3: Número de Biópsias da Mama, por faixa etária e resultado, realizadas nos SDM do município de Manaus – Fev. a Nov. 2022.



Fonte: Serviços Municipais de Referência para Diagnóstico da Mama, fevereiro a novembro de 2022 (dados sujeitos a alteração).

Os dados relativos aos resultados das biópsias evidenciam a prevalência dos resultados positivos, na faixa etária de rastreamento, preconizada pelo Ministério da Saúde (50 a 69 anos), porém nota-se um quantitativo de resultados positivos na faixa etária de 40 a 49 anos, denotando a necessidade de mais atenção para essa população. Ressalta-se que os dados acima consolidados, são de origem primária, pois o Laboratório da Atenção Secundária, que realiza a análise das peças, na ocasião, ainda não insere os dados na base do SIS-CAN. O município de Manaus, aguarda que o laboratório realize as adequações necessárias, a fim de alimentar o sistema oficial o mais breve possível, possibilitando assim, análises mais fidedignas embasadas em dados oficiais.

Para além dos limites identificados e da certeza de que ainda há muitos obstáculos a superar, destaca-se que a implantação de um serviço de saúde como os SDM municipais tem no planejamento uma ferramenta potente para construção de novas formas de cooperação entre os entes federativos. O processo de negociação e articulação entre as distintas esferas de gestão do SUS, constitui um procedimento eminentemente político que tem como resultado a integração dos serviços da RAS e o efetivo atendimento da população demandante. Consolidar uma política, um serviço, uma ação relacionada ao câncer de mama em Manaus exige conhecimento da evolução do problema e acompanhamento efetivo dos resultados obtidos de forma a redimensionar caminhos, desafio a ser enfrentado em relação aos SDM municipais.

Ademais, é importante destacar, considerando as diferenças entre produzir saúde e tratar doenças, que a SEMSA Manaus, por desenvolver ações relacionadas, predominantemente, à atenção primária, constitui um espaço privilegiado para a produção de cuidado à saúde da população. Assim, as mulheres que recebem diagnóstico de câncer de mama em Manaus, são as mulheres que vivem nos territórios da atenção primária e são conhecidas pelas equipes de saúde. Essas mulheres - negras, pardas, indígenas, com ou sem companheiro, com baixo nível de escolaridade ou não, com histórico familiar de câncer ou não, desempregadas ou não, algumas são naturais de outros municípios ou de outros países - frequentam regularmente os serviços de atenção primária e trazem consigo modos particulares de produzir saúde e de vivenciar o adoecimento.

Por fim, são essas mulheres que precisam de uma atenção primária robusta, com capacidade para coordenar seu percurso terapêutico na linha de cuidado do câncer de mama em Manaus. Para a grande maioria da população, em particular para as mulheres com suspeição de câncer de mama, a ampliação da cobertura da atenção primária é essencial, pois a proximidade entre o espaço da vida e o espaço de produção da saúde pode possibilitar o acesso oportuno e a identificação precoce de processos de adoecimento.

Considerações Finais: Ponto de chegada e pistas para uma nova caminhada

Chegamos ao final dessa produção com a certeza da provisoriedade do conhecimento e do quão importante é para o gestor o exercício de desenvolver o novelo de lã de determinada área. Assim, pontuaremos a potência de alguns resultados obtidos e desafios que persistem e instigam em relação às ações de saúde da mulher, com ênfase no controle do câncer de mama.

Para que a implantação das redes de atenção à saúde e das linhas de cuidado produzam mudanças na realidade em que se inserem, neste caso o câncer de mama, é necessário sinergia entre o planejamento e as múltiplas ações desenvolvidas. A integração e comunicação entre os vários componentes da rede é condição para que esta ganhe vida, vibre, se movimente e, efetivamente, alcance seu propósito.

Na configuração da rede, a atenção primária é desafiada a cumprir seu papel precípuo de ordenadora e coordenadora, para tanto deve continuamente aprimorar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação, construindo uma capacidade de visualizar avanços obtidos e eventuais nós críticos que persistem em relação ao controle do câncer de mama em Manaus.

Resgatando sua essência, a atenção primária à saúde deve ter como foco

central de suas ações a promoção da saúde e a prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, fomentando a adoção de modos de vida saudáveis. A ênfase na prevenção e promoção da saúde não reduz a importância da investigação de sinais e sintomas de alterações na mama, do rastreamento do câncer de mama nas mulheres na faixa etária prioritária, do encaminhamento das mulheres com resultado da mamografia alterados, dentre outras ações.

Como uma construção social, o SUS é fruto de múltiplos saberes e práticas, que se articulam, em particular nos processos de planejamento e gestão. A definição de objetivos e metas, o monitoramento de resultados, a submissão e defesa de propostas de criação de serviços ou de aprimoramento da linha de cuidados do câncer de mama em Manaus indicam que a organização de um serviço é um exercício de aprendizagem, de negociação e articulação política com atores de outros níveis de atenção. A legitimidade do planejamento se dá inicialmente nas instâncias formalmente constituídas para tanto, Conselhos e Comissões gestoras; posteriormente, o planejamento é legitimado a partir do uso dos serviços pela população e dos resultados efetivos.

A implantação do SDM municipal vem ao encontro a uma necessidade real das mulheres de Manaus. O serviço possibilita o diagnóstico precoce do câncer de mama, o encaminhamento oportuno ao centro de referência, potencializando as chances de cura dessas mulheres. A consolidação do serviço envolve o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, sob pena de comprometer o salto qualitativo no enfrentamento do câncer de mama no município. A SEMSA Manaus tem investido de forma contínua em ações de comunicação e divulgação da linha de cuidados do câncer de mama, tanto para os profissionais da rede quanto para a população em geral assegurando visibilidade e legitimidade aos fluxos pactuados.

O aprimoramento dos sistemas de informação e seu uso efetivo também constitui uma interface que precisa ser trabalhada, pois no diagnóstico do câncer de mama, o tempo é um fator primordial e não pode ser retardado pela eventual falta de vagas para realização de consultas, exames e procedimentos.

Por fim, tendo em vista o horizonte estratégico da SEMSA Manaus em *“Tornar-se modelo de excelência na Vigilância e Atenção à saúde”*, desenvolvendo inclusive ações para *“Reduzir a morbimortalidade por câncer de mama”*, entende-se que a construção do SUS não envolve somente investimentos em alta tecnologia. Aspectos da vida em sociedade, do humano, são diferenciais de um modo de fazer saúde norteado pela qualidade do serviço prestado, pela ética e pelo compromisso com a saúde e com vida das mulheres, mães, esposas, estudantes, trabalhadoras que constroem Manaus.

Referências Bibliográficas

ACIOLI, S.; KEBIAN, L. V. A.; FARIA, M. G. A.; FERRACCIOLI, P.; CORREA, V. A. F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2014, v. 22, n. 5, p. 637-42.

ALCANTARA LLM; TOMAZELLI, J; ZEFERINO FRG; Oliveira BFA; AZEVEDO E SILVA, G. Tendência Temporal da Cobertura de Mamografias no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2010-2019. **Revista Brasileira de Cancerologia** **2022**; v. 68, n. 3, p. e-052407.

ALVARES, R. B *et al.* Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. **Journal of Nursing and Health** ; 2017, v. 7, n. 3, p. e177309.

AMAZONAS, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. **Monitoramento dos indicadores de saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Disponível em https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/57/2.

AMAZONAS. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº 307/2021 – CIB/AM**. <http://ses.saude.am.gov.br/cib/index.php>.

AMAZONAS. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº 82/2022 – CIB/AM**. <http://ses.saude.am.gov.br/cib/index.php>.

AMAZONAS. **Lei Complementar N052/2007**. Institui a Região Metropolitana de Manaus. https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2007/843/843_texto_integral.pdf.

AMAZONAS. **Lei Complementar N059/2007**. Modifica os artigos 1.º, caput, e 4.º, I, alínea b, da Lei Complementar nº 52, de 30 de maio de 2007, e dá outras providências. https://legisla.imprensaoficial.am.gov.br/diario_am/10/2007/12/3229?modo=lista.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, Federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Notícias e Conteúdos**. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/responsavel-familiar-e-mulher-em-81-6-dos-lares-que-recebem-o-auxilio-Brasil-em-setembro>.

BRASIL. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Projeto Governança Metropolitana no Brasil. **A construção do urbano-territorial na Amazônia: Entendimentos Práticos de Manaus e sua Região Metropolitana**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria NO 874, de 16 de maio de 2013**. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Presidência da República (BR). **Lei NO 12.732, de 22 de novembro de 2012** [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato20112014/2012/Lei/L12732.htm.

BRASIL. Presidência da República (BR). **Lei NO 13.896/2019** [Internet]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

BRASIL. Presidência da República (BR). **Portaria nO 189/2014** [Internet]. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROWDER J.O. GODFREY, B.J. Cidades na Floresta. Manaus: EDUA, 2006.

CECÍLIO, LCO *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2014, v. 30, n. 7, p. 1502-1514.

CERQUEIRA, Daniel. **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

CORRÊA, R. L. **A Periodização da Rede Urbana na Amazônia**. In: _____. **Estudos sobre a rede urbana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. p. 181-253.

DIAS, Edinea Mascarenhas. **A ilusão do fausto: Manaus, 1890-1920**. Manaus: Valer, 1999.

FONTOURA, Natália; REZENDE, Marcela; QUERINO, Ana Carolina (org.). **Beijing +20: avanços e desafios no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2020.

FURTADO, Humberto. Repercussões do diagnóstico de câncer de mama para diferentes faixas etárias. **Ciência e Saúde**. 2016, v. 9, n. 1, p. 8-14.

GANDRA A. **Pandemia reduz procura no atendimento por câncer de mama**. 2020. Disponível em: <https://agenciaBrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/pandemia-reduz-procura-no-atendimento-por-cancer-de-mama>. Acesso em 10 de outubro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Inca estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025**. [acesso em 25 de novembro de 2022].

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Inca, 2021.

LOTTA, Gabriela (org..). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

MANAUS, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. **Plano Municipal de Saúde, 2022 – 2025**.

MANAUS. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 20/2022**.

MEDEIROS, G.C.; TEODÓZIO, CGC; FABRO, EAN; AGUIAR, SS; LOPES, AHM; CONTE, BC; SILVA, EV; COELHO, LLP; MUNIZ, NF; SCHUAB, SIPC; BERGMANN, A; THULER, LCS. Atraso entre o Diagnóstico e o Tratamento de Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2020, v. 66, n. 1, p. e-09979.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**. O imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, 2010, v.15, n.5, p. 2297-2305.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. I - Métodos de elaboração. **Cad. Saúde Pública**, 2018, v. 34, n. 6, e00116317.

MILAGRES, MAS; MAFRA, SCT; SILVA, EP. Repercussões do Câncer Sobre o Cotidiano da Mulher no Núcleo Familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde** 2016, v. 15, n. 4, p. 738-745.

OLIVEIRA, J.A. A invenção geográfica da Amazônia. **GeoUECE**, 2014, v.3, n.5, p. 184-197.

OLIVEIRA, José Aldemir de. Schor, Tatiana. Urbanização na Amazônia: o local e o global. VAL, Adalberto. Santos, Geraldo Mendes dos. (org.) **GEEA: Grupo de Estudos Estratégicos Amazônicos**. Tomo III. Manaus INPA, 2000.

OLIVEIRA, José Aldemir. **A cultura nas (das) pequenas cidades da Amazônia Brasileira**. VIII Congresso Luso-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra 16, 17 e 18 de setembro de 2004.

OSHIRO ML; BERGMANN A; SILVA RG; COSTA KC; TRAVAIM IEB; SILVA GB; THULER LCS. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2014, v. 60, n. 1, p. 15-23.

SATHER, Douglas; MONTE-MÓR, Roberto L.; CARVALHO, José Alberto Magno. As redes para além dos rios: urbanização e desequilíbrios na Amazônia Brasileira. **Nova Economia**. 2009, v. 19, n. 1, p. 11-39.

SILVA MJS; LIMA FLT; O'DWYER G; OSORIO-DE-CASTRO CGS. Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2017; v. 63, n. 3, p. 177-187.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TASTCH C. **Câncer de mama: 62% esperam fim da pandemia para consultas e exames.** O Globo. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/cancer-de-mama-62-esperam-fim-da-pandemia-para-consultas-exames-p24667509>.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização.** 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2014.

CAPÍTULO 8:

Práticas de cuidado dos profissionais de saúde na assistência domiciliar terapêutica em HIV/AIDS em Belém.

*Érica Catarine Ataíde Maia
Leandro Passarinho Reis Junior
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Ana Cleide Moreira Guedes*

Introdução

Ao refletirmos o cenário do HIV/Aids no Brasil, pondera-se que saúde coletiva e as políticas públicas têm um grande desafio social e político no que tange os processos endêmicos constituídos no país, sobretudo, aqueles que atingem a população em condições sociais e econômicas mais desfavoráveis. No âmbito nacional, tal como no internacional, a epidemia de HIV/Aids permanece se disseminando e a efetividade de sua prevenção e controle, mesmo após mais de três décadas de combate à síndrome, ainda continua sendo um desafio global (SANTOS *et al.*, 2011).

No conjunto de ações do Programa de Alternativas Assistenciais às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) começa a ser implantada a partir de 1995 no Brasil. Desde sua implantação a ADT é considerada uma modalidade inovadora na atenção à saúde de PVHA, como uma forma de reorientar a produção de saúde, especialmente se considerarmos o cenário da saúde pública no país, que mesmo com avanços após a criação do SUS e da expressiva ampliação da atenção básica, ainda privilegia um modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2007; 2012).

Nesse sentido, o cuidado desenvolvido em ADT com pacientes soropositivos baseia-se na articulação conjunta dos recursos da comunidade, familiares e profissionais de saúde. As práticas em ADT consideram a possibilidade de a residência do paciente ser um espaço de vivência de cuidados em saúde, sendo este usuário atendido por uma equipe clínica multidisciplinar com disponibilidade de instrumentos hospitalares que garantam a assistência médica, dividindo com a família o tratamento do paciente (BRASIL, 2007).

Um dispositivo de cuidado que proporciona a ADT, no contexto de HIV/ Aids localizado na Região Norte, é a UREDIPE, uma unidade que realiza serviços de testagem, diagnóstico, assistência ambulatorial e farmacêutica, tratamento e acompanhamento de PVHA, também desenvolve atividades educativas e informativas para a população geral. Tem como objetivo dar suporte aos usuários matriculados, mantê-los acolhidos e melhorar sua qualidade de vida. Para tanto, existe uma equipe multiprofissional de saúde responsável por prestar um atendimento voltado para a atenção integral dos usuários (SESPA, 2010).

Portanto, este estudo se propôs a realizar uma análise das práticas de cuidado dos profissionais de saúde atuantes na Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/ Aids do serviço de uma Unidade de Referência Especializada do município de Belém, Região Norte do Brasil. Com finalidades de descrever os significados e sentidos atribuídos pelos profissionais as suas práticas de cuidado domiciliar em saúde na instituição; compreender o trabalho da equipe de profissionais do cuidado na ADT, verificando os vínculos estabelecidos; e analisar as práticas de cuidado frente às articulações de humanização e integralidade.

Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids

Ao longo da história a assistência à saúde no domicílio foi especialmente ampliada em períodos marcados por doenças infecciosas de alta mortalidade, nestas situações a família era aconselhada a providenciar os cuidados ao doente em instituições filantrópicas ou na própria residência, sem amparo de assistência hospitalar (COELHO, 2004).

Coelho (2004), ainda dispõe que, as primeiras atividades domiciliares de assistência à saúde relatadas no Brasil datam o início do século passado, sendo realizadas por visitadoras sanitárias da Cruz Vermelha Brasileira. No entanto, refere-se que esse tipo de assistência domiciliar foi iniciado oficialmente em 1919, a partir da criação de um serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. No ano de 1920 instalou-se o Serviço de Profilaxia de Tuberculose, no qual se incluía o serviço das Visitadoras.

Assim, as práticas de cuidado no domicílio, por meio de visitas, assistência e intervenções, é um dos principais dispositivos para a prevenção e acompanhamento de doenças crônicas e/ou degenerativas e, considera-se que o adoecimento pela Aids pode entrar neste contexto. O aumento da atividade de assistência domiciliar aos pacientes com HIV/Aids não se deve somente à maior longevidade deste grupo, mas sobretudo à necessidade de “*desospitalização*” e atenção integral à saúde desta população (COELHO, 2004).

A partir da diversidade da assistência em domicílio, inicialmente, faz-se necessário a definição e diferenciação dos tipos de serviços de saúde prestados na residência, para melhor compreensão do que vem a ser a ADT em HIV/Aids. Neste sentido, temos o Atendimento Domiciliar, termo mais comumente utilizado para designar a prestação de assistência à saúde na residência dos pacientes. Outro serviço neste âmbito é a Internação ou Hospitalização Domiciliar.

A literatura de modo geral, quando faz referência a assistência à saúde em domicílio, utiliza o termo Atenção Domiciliar e logo se verifica a importância de compreender os processos e a estruturação da Atenção Domiciliar em sua abrangência teórica e prática, para entendimento do funcionamento da ADT como uma modalidade específica ao atendimento em HIV/Aids.

Assim, a Atenção Domiciliar tem como objetivo reconfigurar o processo de trabalho das equipes na atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Utilizando-se desta modalidade de assistência, busca-se disponibilizar uma atenção humanizada, propiciando uma diminuição das demandas por procedimentos hospitalares e/ou redução da permanência em internamentos, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2012). Sobre as caracterizações da Atenção domiciliar:

A Atenção Domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. (BRASIL, 2012, p. 10).

Todavia, o dispositivo da atenção domiciliar pode ser reconhecido como uma estratégia de desinstitucionalização do cuidado e produção de novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde (MERHY, FEUERWERKER, 2008). A consolidação das práticas de cuidados domiciliares vem se firmando como uma potente ferramenta de reestruturação das redes de saúde, tanto no âmbito da redução de gastos e ocupação de leitos hospitalares, e principalmente, tem uma fundamental ação humanizadora, se apresentando como uma prática promotora por excelência de integralidade.

Em relação à Atenção Domiciliar, pode-se afirmar que coexistem duas vertentes não excludentes que estimulam os gestores na decisão político-institucional em relação a sua implantação: uma na questão da diminuição de custos, a atenção domiciliar visa substituir ou reduzir a internação hospitalar; e a outra é no sentido de reorientar o modelo tecnoassistencial, tendo a Atenção Domiciliar como espaço potente de criação de novas formas de cuidar (SILVA *et al.*, 2010).

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2008), a Atenção Domiciliar se configura como uma modalidade substitutiva de organização da atenção, como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição, ela se configura como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras.

No que se refere ao trabalho em saúde, Andrade *et al.* (2013), identificaram através de seus estudos, o potencial inovador da Atenção Domiciliar ao proporcionar o compartilhamento de saberes, o respeito mútuo dos profissionais e a construção de novas formas de integração das especificidades de cada profissional no cotidiano do trabalho. Sendo assim, a Atenção Domiciliar apresenta-se como um relevante espaço de atuação interdisciplinar – superando as práticas isoladas e fragmentadas que ainda permanecem nos modelos tradicionais de assistência à saúde, no reordenamento do trabalho em saúde e na reestruturação da produção de cuidado.

Já no âmbito do Programa de Alternativas Assistenciais às PVHA, a ADT começa a ser estruturada a partir de 1995 no Brasil. Em 2007, o Ministério da Saúde, lança o manual de “Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids”, no qual, orientam-se as práticas da ADT.

Um dos direcionamentos quanto ao trabalho a ser desenvolvido pela equipe mínima multiprofissional da ADT – assistente social, equipe de enfermagem, médico (infeccionista ou clínico treinado), psicólogo e fisioterapeuta – é visar um cuidado diferenciado, com os objetivos de:

- Proporcionar abordagem assistencial, preventiva e educativa aos pacientes com infecção pelo HIV/Aids e seus familiares, diretamente em seus domicílios;
- Promover a melhoria da qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico, social e espiritual) dos pacientes com infecção pelo HIV/Aids;
- Proporcionar ao paciente a possibilidade de participar ativamente do seu tratamento;
- Estimular a independência (atividade de vida diária) e a autonomia do paciente/ família/cuidador;

- Proporcionar cuidados paliativos, controlando a dor e outros sintomas, melhorando o conforto físico e o bem-estar do paciente;
- Promover o aumento da adesão dos pacientes HIV/Aids ao tratamento;
- Reduzir a demanda de internação hospitalar, otimizando os leitos disponíveis;
- Reduzir a duração das internações hospitalares e propiciar a redução das infecções nosocomiais;
- Estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência com Hospitais, Hospitais Dia, SAE, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde e Programa Saúde da Família;
- Desenvolver o “*papel de cuidador*” e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com pacientes HIV/Aids;
- Otimizar recursos disponíveis, no que tange à saúde pública, promoção social e participação comunitária;
- Promover a saúde e o bem-estar do paciente em seu domicílio, articulando com instituições de saúde, organizações não-governamentais, grupos de autoajuda locais e/ou regionais e outros recursos comunitários.

Nesse sentido, a equipe interdisciplinar atuante na ADT é um conjunto de profissionais, de diversas áreas da saúde. Indica-se que a equipe mínima recomendada seja fixa e articulada entre si. Deve-se criar uma rede de apoio matricial (outras categorias profissionais) que complementem a ação da equipe mínima quando necessário, tais como: cirurgiões-dentistas, psiquiatras, agentes de saúde, terapeuta-ocupacional, nutricionista etc. (BRASIL, 2007). Sobre a dinâmica da equipe multiprofissional, sugere-se que:

As atribuições dos profissionais da equipe compreendem um papel específico (núcleo), inerente a cada profissão e um papel ampliado (campo) que interliga todas as categorias profissionais, seja no aspecto técnico ou educativo. É importante ressaltar que o campo (clínica ampliada) é um processo de construção de uma equipe, onde possibilidades e limites devem ser estabelecidos em conjunto (BRASIL, 2007, p. 18).

Desse modo, para que haja aumento da produção de saúde, ou seja, da eficácia do serviço, a equipe multiprofissional precisa estar alinhada quanto aos papéis de cada profissional e a interação entre as elas. É de extrema importante entender como acontece a organização dos serviços de ADT, em nível de estrutura, processo de trabalho e critérios de inclusão.

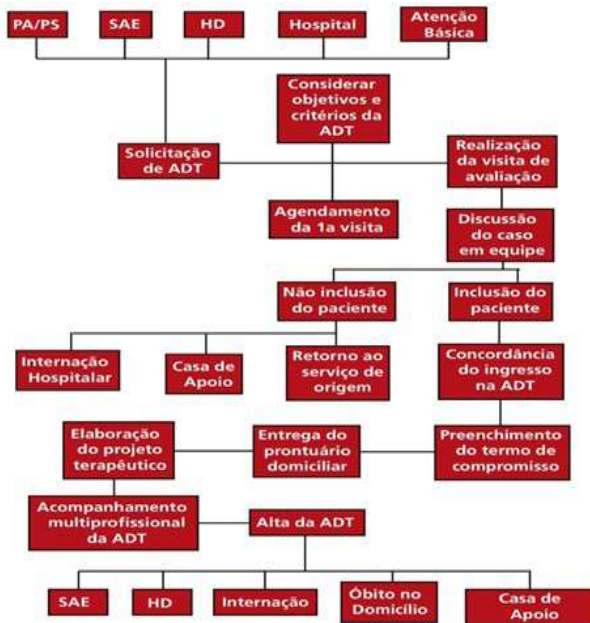
Primeiramente, o escopo do cuidado em domicílio é a produção de saúde, para tanto, estruturas devem ser construídas para que o trabalho possa ser efetivado de forma satisfatória. É necessário um espaço físico com uma sala para

gerenciamento do serviço; a equipe deve ter acesso a um veículo para o seu transporte; é primordial que a equipe tenha acesso a telefones e internet para comunicação da família com a equipe e vice-versa; a presença de equipamentos e materiais de consumo disponibilizados aos pacientes para garantir os procedimentos propostos e assegurar as normas de biossegurança (BRASIL, 2007).

Quanto aos critérios de inclusão, deve se avaliar os seguintes aspectos: – área de abrangência, deverá ser delimitada uma área que permita a cobertura pela equipe; – condições mínimas no domicílio, recomenda-se que a residência possua minimamente água e luz; – a presença de um cuidador com tempo para o cuidado dependendo do grau de necessidade do paciente; – dificuldade na adesão, pacientes com dificuldade em aderir ao esquema terapêutico em ambulatório; – dificuldade parcial ou total para o acesso ao serviço de assistência associado a fatores orgânicos, sociais ou psicológicos; – cuidados específicos de enfermagem, curativos, medicamentos por via endovenosa, alimentação por sonda, aspiração e outros procedimentos.

Abaixo segue um fluxograma para melhor compreensão do funcionamento e percurso do serviço de ADT em HIV/Aids na saúde pública:

Figura 1: Fluxograma de funcionamento da ADT.



Fonte: "Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids" Brasil, 2007.

Assim, os cuidados no domicílio trazem benefícios às condições de saúde dos pacientes por promoverem, através de contato direto em um cenário particular, a aquisição de conhecimentos e modificações de hábitos e atitudes. No entanto, é fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de referências e contrarreferências com outros serviços, tais como hospitais, hospital-dia, SAE, Unidades Básicas e programas de saúde da família, no intuito de proporcionar a integração entre os serviços de assistência à saúde das PVHA (BRASIL, 2007).

De acordo com Wingeste e Ferraz (2008), a ADT vem trazer o suporte profissional de qualidade na residência, da qual o paciente e seu cuidador necessitam. Os familiares do doente com Aids também se sentem assistidos pela equipe multiprofissional de ADT, sendo assim, acabam sentindo-se valorizados, apoiados e com isso mais seguros para cuidar do paciente. O processo de cuidar estabelece uma interação entre quem cuidada e quem é cuidado, essa interação possibilita uma melhor forma de acompanhar o tratamento do paciente, sendo o ambiente domiciliar um espaço importante para que ocorra essa interação.

Nesse sentido, a ADT em HIV/Aids é um serviço muito mais amplo do que apenas administração de medicações injetáveis e curativos; são ações e procedimentos de toda uma equipe interdisciplinar, enfatizado nas práticas de cuidado integral, com preservação de técnicas, além de uma visão holística do paciente com a percepção deste indivíduo dentro de um contexto social (COELHO, 2004).

Portanto, o serviço da ADT apresenta-se como uma legítima alternativa de assistência para as PVHA, que tem como premissa proporcionar ao usuário e seus familiares um espaço de produção de cuidado integral e humanizado. A participação da família interagindo com os profissionais de saúde, em contexto comunitário, são elementos essenciais para se gerar um ambiente terapêutico, formando uma unidade de cuidado em saúde em que todos compartilham saberes, decisões e poder.

Percurso Metodológico

Utilizando-se da metodologia qualitativa, do tipo descritiva, esta pesquisa traz dados para compreensão do funcionamento do serviço da ADT em HIV/Aids no contexto de uma Unidade de Referência Especializada, realizando uma análise da formação dos vínculos nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde, bem como compreendendo os significados e sentidos do acolhimento e atendimento clínico domiciliar em HIV/Aids.

A mesma teve como lócus de coleta de dados uma Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (UREDIPPE), localizada em Belém, Região Norte do Brasil. É uma instituição administrada pela Secretária de Saúde Pública do Governo do Estado, referência nos serviços de assistência de IST/HIV/Aids à população da capital e outros municípios do Estado.

Seu foco situou-se no serviço da ADT, uma alternativa assistencial às pessoas vivendo com HIV/Aids. A ADT é um serviço de saúde que leva assistência multiprofissional à residência de pacientes que já superaram a fase aguda do processo, mas ainda estão em situação delicada necessitando de atenção rotineira e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com característica de média duração e programação eletiva (BRASIL, 2007).

O estudo foi realizado com onze profissionais de saúde atuantes na equipe multiprofissional de ADT em HIV/Aids da UREDIPPE, sendo a quantidade de participantes o total de profissionais que, no momento da pesquisa, atuavam na ADT. A equipe faz visitas de segunda a quinta nos turnos da manhã e tarde, com equipes diferentes de atuação nos turnos. Ao todo são onze profissionais de saúde – uma assistente social, duas enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, duas terapeutas ocupacionais e uma técnica de enfermagem fixa – todos os profissionais realizam atendimentos sistemáticos aos pacientes da ADT, de acordo com as demandas apresentadas e a disponibilidade do serviço.

Segue a seguir um quadro com a explicitação do perfil dos participantes da pesquisa, sendo identificados sob abreviações comumente utilizadas nas suas profissões, seguido de numeral de acordo com seu turno, 1 para profissionais da manhã e 2 para profissionais da tarde.

Como instrumento metodológico para coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Foram realizadas entrevistas constituídas por um roteiro com questões previamente elaboradas de acordo com os objetivos da pesquisa. A modalidade de entrevista semiestruturada foi composta por perguntas norteadoras para que os participantes se expressem livremente sobre questões da temática pesquisada. As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e tarde para contemplar toda equipe e aconteceram no período de abril a maio de 2018.

Quadro 1: Identificação do Perfil dos Participantes

PARTICIPANTES	ATUAÇÃO	IDADE	PÓS-GRADUAÇÃO	TEMPO DE UREDIPE	TEMPO DE ADT
ENF.1	Enfermeira	53 anos	Esp. Atenção Básica. Ms. em Saúde Coletiva.	15 anos	6 anos
FISIO.1	Fisioterapeuta	37 anos	Esp. Ergonomia	3 anos	3 anos
TEC.ENF.1	Téc. de Enfermagem	58 anos	Esp. em UTI.	27 anos	3 anos
T.O.1	Terapeuta Ocupacional	38 anos	Esp. Reabilitação em Neurologia. Esp. Psicomotricidade Relacional	13 anos	12 anos
A.S.2	Assistente Social	52 anos	Esp. Saúde Pública.	20 anos	18 anos
ENF.2	Enfermeira	57 anos	Esp. Em Saúde da Família	22 anos	3 anos
FISIO.2	Fisioterapeuta	41 anos	Esp. Fisioterapia Pneumo-funcional. Ms. em Biologia de Agentes Infecto-Parasitário.	13 anos	13 anos
FONO.2	Fonoaudióloga	41 anos	Esp. Habilitação em Neurologia. Esp. Audiologia.	10 anos	10 anos
NUTRI.2	Nutricionista	56 anos	Esp. Suporte Nutricional Esp. Segurança Alimentar e Nutricional	13 anos	4 anos
PSI.2	Psicóloga	57 anos	Esp. Gestão Escolar	13 anos	13 anos
T.O.2	Terapeuta Ocupacional	38 anos	Esp. UTI Adulto	7 anos	4 anos

Fonte: Roteiro de Entrevista Semiestruturada.

Os dados foram analisados à luz da análise do conteúdo de Bardin. Primeiramente, realizou-se uma leitura compreensiva das informações relatadas pelos participantes, para então, acontecer a busca pelos núcleos de sentido, por fim foram feitas as devidas compreensões e inferências dos resultados pelos pesquisadores com base na fundamentação teórica adotada.

Por fim, vale destacar que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA), comparecer de aprovação nº 2.459.588 e CAAE 80683517.5.0000.0018.

Resultado e Discussões

Esta etapa tem o enfoque nos relatos coletados no estudo empírico. A partir das cinco unidades de análise elaboradas – Da Estruturação à Execução; Estabelecimento dos Vínculos; Entraves no Cuidado em Casa; Potencialidades e Dimensões da ADT; Humanização na Integralidade no Cuidado – se tem por finalidade realizar uma compreensão qualitativa do fenômeno abordado embasando-se no aporte teórico circunscrito nesta pesquisa.

Da Estruturação à Execução

Nesta categoria de análise será discutida a temática que versa sobre as formas de estruturação do serviço, demonstrando como ocorre o planejamento, a execução e a dinâmica da ADT através do discurso dos profissionais que vivenciam o cotidiano dessa realidade. Pensa-se de modo importante apresentar os mecanismos que dão engrenagem para o funcionamento da assistência na ADT, em razão das práticas terem como diferencial o deslocar-se ao outro necessitado de cuidado, podendo então servir de contribuição para atenção integral à saúde nos diversos contexto do HIV/Aids. Segue abaixo o Quadro 6 com os relatos atribuídos a esta unidade de análise:

Quadro 2: Relatos da Categoria “Da Estruturação à Execução”.

DA ESTRUTURAÇÃO À EXECUÇÃO	
Participante	Excerto do Relato
ENF.1	<i>“As pessoas para serem admitidas no ADT seguem alguns critérios, então, ou o familiar vem e solicita a presença da equipe, ou paciente está no leito e a equipe detecta que esse paciente tem uma demanda e pede pra gente avaliar, ou no consultório médico ou no consultório de enfermagem, de nutrição, enfim, então nós somos acionados e nós vamos fazer essa visita pra avaliar se entra nos critérios.”</i>
FISIO.1	<i>“Basicamente, o nosso trabalho, a gente sai com uma equipe, o médico, assistente social, psicólogo, os demais profissionais que trabalham no ambulatório, eles fazem a requisição pra gente avaliar o paciente, pra gente ir ver se tem a possibilidade de incluir ele no tratamento do ADT. Basicamente, os requisitos principais é a impossibilidade de ele vir ao ambulatório, vir para cá, para UREDIPE, por diversos fatores, fatores financeiros, fatores físicos, psíquicos e etc.”</i>
T.O.1	<i>“Nós temos 12, no quadro de atendimento, só que a gente tem que fazer o planejamento, porque não dá pra visitar mais do que três ou quatro. Porque assim, fora o deslocamento, a gente tenta classificar assim, por área, são os bairros próximos que a gente visita. Então a gente tem que fazer tudo conforme os critérios de proximidade”.</i>
FISIO.2	<i>“A gente não consegue atender a todos na mesma semana porque eles moram em bairros distantes uns dos outros, então a gente não consegue, muitas das vezes, atender todo mundo na mesma semana, então a gente vai fazendo avaliação e acompanhamento conforme a urgência e a necessidade. Então, tem paciente que vão precisar ser vistos uma vez por semana, outros já dá pra gente ver só quinzenalmente, a gente vai fazendo agenda conforme a necessidade.”</i>
FONO.2	<i>“Olha, outrora a gente sempre toda sexta-feira se reunia para fazer discussão de caso e realmente a gente tem parado essa prática, não tem feito tanto essa discussão. Mas a gente, quando a gente se reúne no carro a gente tem conversado sobre o que deve fazer, a gente conversa de forma geral, o que é necessário para suporte, se tem como conseguir um andador, se pega emprestado um andador daqui, se a fono vai trabalhar determinado aspecto naquele paciente, o que o psicólogo vai ajudar.”</i>
T.O.2	<i>“[...] Em geral esses pacientes são acompanhados semanalmente pela equipe, aí há revezamento porque o carro é pequeno, tem dias que vai fisioterapeuta, assistente social, psicóloga, no outro dia já vai fonoaudióloga, nutricionista, a gente vai fazendo esse revezamento. Dependendo da demanda e da necessidade do profissional, porque tem paciente que precisa mais do psicólogo, tem paciente que precisa mais da reabilitação, aí a gente vai elencando essas demandas de acordo com a necessidade também da saída do profissional”.</i>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do roteiro de entrevistas.

Nos resultados apresentados nesta categoria comparecem discursos sobre as formas de captação e triagem dos usuários a serem acompanhados, pontuado pela ENF.1; tanto as participantes T.O.1 e FISIO.2 mencionam questões no que se referem à área de abrangência, ponderando que os atendimentos são planejados e delimitados dentro de uma área que permita a cobertura pela equipe. A T.O. 2 e FISIO.1 abordam questões sobre a dinâmica de organização dos atendimentos de acordo com as demandas dos pacientes, para acompanhamento das especificidades. Já a FONO.2 mencionou a realização de reuniões de planejamento para discussão de casos e estruturação do projeto terapêutico.

Sobre a estruturação e organização para que o serviço aconteça, é essencial ser realizada uma avaliação das possibilidades e condições para se prestar assistência no domicílio, levando-se em consideração as orientações das políticas do ADT, da realidade da instituição e cultura da região. Como ressalta T.O.1:

“a gente segue a rotina de planejamento do manual do Ministério da Saúde, ele está tendo... ele teve algumas reedições. A gente busca sempre ter o atualizado que tá disponível no site do Ministério, mas o que acontece, tem a questão da cultura, da nossa regionalização”.

Segundo Mattos (2004), quanto as formas de estruturação e organização dos serviços em interface com a integralidade, pontua que, o processo de planejamento do trabalho em saúde deve acontecer de modo que satisfaça as necessidades de saúde da população, de acesso a procedimentos de maior resolutividade da assistência, com planejamento de políticas específicas às demandas da população.

De acordo com os relatos dos participantes sobre a abrangência da assistência na ADT, constata-se que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizados à população de forma regionalizada. Nesta perspectiva, fazer a divisão por regiões pode ser entendida como a divisão territorial onde o ADT se organiza para levar a assistência acessível aos usuários dos serviços de saúde.

Para além das diretrizes presentes nos manuais do SUS, as vivências nos serviços de saúde nos impõem situações e problemáticas que precisam ser contornadas com rearranjos dos profissionais em decorrência das necessidades de saúde dos usuários e carências dos serviços públicos. Sendo assim, o serviço de ADT, se apresenta como um dispositivo que utiliza saberes e práticas com potencial ao aumento da produção de saúde (eficácia) e ampliação das ações terapêutica. Em Brasil (2007) consta que, a ADT deve ter como instrumento de gestão a disseminação do saber, ou seja, otimização dos recursos e a

gestão participativa nos trará qualidade de assistência, além de tornar a equipe multiprofissional mais responsável e autônoma nas ações executadas.

Organizar e reavaliar constantemente o processo de trabalho é de fundamental importância para o crescimento da equipe e sustentabilidade das ações da ADT. As reuniões de planejamento citadas por diversos participantes como inativa no momento, e ilustrada na tabela acima pela fala FONO.2, são atividades que precisam estar dentro do processo organizativo do serviço, nas práticas de discussões de caso e elaboração de projetos terapêuticos. As reuniões multiprofissionais são fundamentais por ampliar saberes das distintas categorias e serem uma possibilidade de agregar informações para se obter uma dimensão mais totalizante do paciente.

A respeito das demandas, o FISIO.1 pontua que os fatores elegíveis para um paciente ser admitido na ADT vão além das questões de comprometimento motor, dos pacientes ditos acamados. As demandas também se expressam por fatores de ordem financeira, sociais e psicológicos, acarretando dificuldades parciais ou totais para o acesso ao serviço. Estes fatores vão desde não dispor de renda para custear transporte até fragilidades emocionais que podem se expressar como casos de depressão, por exemplo. Nestes casos, é imprescindível a presença do serviço e elaboração de projeto terapêutico interdisciplinar para suporte, adesão terapêutica e reabilitação dos usuários e familiares.

Sobre a dinâmica de execução do trabalho multiprofissional no momento das visitas domiciliares FONO.2, relata:

“A gente atende uma na frente do outro mesmo, ai as vezes a fono começa porque o trabalho da fisioterapeuta e da terapeuta ocupacional já demanda um gasto de energia maior, ele já fica cansado, ai geralmente eu começo, mas na verdade, antes de mim já vem a técnica de enfermagem pra ver os sinais vitais, ai a enfermeira já vai checar se o familiar tá dando o remédio direitinho, a psicóloga já vai conversando com o paciente e o cuidador pra ver se tá tudo bem qual é a dificuldade, qual o problema e a gente atende tudo junto e misturado mesmo e funciona.”

No processo da assistência em domicílio, existe uma reconfiguração das formas de atendimento, proporcionado por um compartilhamento de saberes no ato do cuidado. Dentro desta fala da participante, em conformidade com Andrade *et al.* (2013), revela-se a importância do respeito mútuo dos profissionais e a construção de modos de articulações entre especialidades multiprofissionais que, coabitam em uma dinâmica de compreender como se estabelecer a rotina dos atendimentos domiciliares de acordo com a demanda e situação que se encontra o paciente.

Estabelecimento dos Vínculos

Nesta categoria analisam-se os contornos da formação do vínculo em saúde. A partir dos resultados coletados são realizadas compreensões sobre as práticas de cuidado em atravessamento com os vínculos estabelecidos na ADT. Através dessa compreensão podemos verificar aspectos qualitativos do serviço e a atuação dos profissionais frente as relações de confiança, afeto e partilha de responsabilidades. Segue no Quadro 3, os excertos das falas de alguns dos participantes sobre o vínculo na ADT:

Quadro 3: Relatos da Categoria “Estabelecimento dos Vínculos”.

ESTABELECIMENTO DOS VÍNCULOS	
Participante	Excerto do Relato
TEC.ENF.1	<i>“Muitas famílias a gente vê um vínculo muito forte, porque eles ficam muito confiantes da gente estar visitando na casa, qualquer dúvida eles querem tirar conosco [...] Eles ficam assim muito confiante do nosso trabalho por eles. Ficam muito agradecidos, se bem que eles não têm nada o que agradecer, é um trabalho do SUS é obrigação nossa prestar assistência já que esse programa existe no Ministério da Saúde.”</i>
T.O.1	<i>“É essencial, se a gente não tiver um bom vínculo com esse cuidador, não adianta a gente querer estabelecer com o paciente, porque a gente precisa daquele cuidador pra que ele possa repassar as orientações, operacionalizar, então eu tenho uma visão de que o cuidador, o bom cuidador é aquele que segue as nossas orientações e também ele está envolvido com paciente, não é aquele que só recebe e diz: -olha ele tá aí... como já teve alguns casos. A gente vê nitidamente melhora daquele paciente cujo cuidador é bem envolvido, então a gente prima por isso”.</i>
A.S.2	<i>“Primeiramente você sabe que a visita ela é uma forma de você entrar na vida do outro, aí tu precisas ter toda uma habilidade, porque tu não podes chegar na casa do outro e dizer o que o outro tem que fazer, a proposta é essa que a gente some com a família, que a gente faça as intervenções necessárias dos cuidados, mas de uma forma que a gente não violente a estrutura familiar, não critique a forma como ele se relaciona, então a gente vai muito tateando pra gente conseguir realmente ganhar confiança, para que eles possam nos ver não como aqueles intruso que chegou ali pra dar ordem, mas como alguém que vai pra ali pra somar com eles.”</i>
ENF.2	<i>“Ah, o vínculo é muito bom entre a família, os profissionais, os pacientes, a gente pega aquele vínculo bem grande com eles. Porque a gente fica indo semanalmente com eles, as vezes duas vezes na semana, dependendo das condições do paciente. E aí o vínculo fica grande entre a gente, porque a gente pega aquele contato com eles. Eles tratam a gente como se fosse da família [...] a gente pega um vínculo bom com eles, tem muitos, às vezes, quando partem, a gente sente, porque a gente pega aquele vínculo com eles. Eles já conhecem a gente, quando a gente chega lá eles ficam alegres, felizes, quando veem a gente.”</i>
FISIO.2	<i>“A gente precisa ter esse vínculo e gente acaba conseguindo ter sim, então, a gente se sente muitas vezes até como da família, porque quando a gente vai lá, a gente já conhece todos pelo nome, a gente já sabe de onde eles eram, se eles vieram do interior, como foi essa vinda pra cá, como é que eles viviam, o que eles fazem, como tá a situação de cada um. Então, a gente se envolve, se envolve de forma que a gente conhece não só o paciente, conhece a família. E isso é importante, porque, por exemplo, quantos pacientes não tem problemas de conflitos familiares, relações familiares destruídas, ou mesmo quebradas, e a gente precisou interferir nisso, resgatar para que houvesse uma melhora desse paciente, porque o paciente não é sua parte física, não é só o biológico, a parte emocional também interfere, psicossomático.”</i>
FONO.2	<i>“O que eu acho bom porque tem um envolvimento emocional também. Claro que a gente se protege tentando não se envolver muito, mas a gente chora junto também, ri junto. As vezes eles chegam com um refrigerante, um café para gente, a gente come. As vezes a gente compra um bolinho e vai lá cantar parabéns para o paciente quando é o aniversário dele. Com essas coisas a gente termina tendo mesmo uma troca de amizade, de afeto, naquele momento. Não tem como não ser afetivo, ser humano, não ter essa troca.”</i>
NUTRI.2	<i>“Esse vínculo ele é fundamental, ele é muito importante, porque passar por confiança, a família começa a confiar na equipe, e essa confiança também é boa pra equipe, porque a equipe vai poder dispor de conhecimento de orientação, de prática, a medida da abertura da família, então quando a família acolhe a gente, a gente consegue fazer um atendimento mais completo, quando as orientações são entendidas, são apreendidas, quando tem essa via de mão dupla, vai e volta, aí a gente vê que o vínculo realmente se estabeleceu, aí todo mundo ganha, ganha a gente na nossa intervenção, ganha o paciente com a saúde, ganhar a família com o suporte, porque muitas das vezes a família não sabe como se comportar, não sabe como tratar o paciente, a gente está ali pra ajudar, e a maioria, a grande maioria dos casos a gente fica até com vínculo de amizade, com as mães principalmente.”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do roteiro de entrevistas.

Os excertos acima nos revelam as percepções dos profissionais sobre o vínculo. As falas da TEC.ENF.1, A.S.2 e NUTRI.2 referem a confiança como um aspecto de importância para esclarecimentos das práticas mais saudáveis, aderência às orientações da equipe e reciprocidade na relação entre os envolvidos culminando em ganhos na produção de saúde. Sobre o envolvimento e formação de laços afetivos a ENF.2, FISIO.2, FONO.2, mencionam os impactos gerado tanto à equipe, quanto aos pacientes através da atuação na ADT – as alegrias e entusiasmo, o envolvimento emocional, a comoção nas perdas. A profissional T.O.1 mencionou a importância da qualidade do vínculo com os cuidadores para a boa evolução dos pacientes.

Nas falas dos participantes as pontuações sobre os benefícios do vínculo com a família perpassam a todos os relatos, demonstrando concordância com Wingeste e Ferraz (2008) sobre este aspecto: *“A família do doente com Aids também se sente cuidada pela equipe do ADT e com isso se sente mais segura para cuidar dele”* (p. 37). Esta interação saudável é a melhor forma de acompanhar o tratamento do paciente no ambiente domiciliar, com vínculos de cuidado e responsabilidade.

A respeito dos cuidadores ressaltados como fundamentais pela T.O.1, é reconhecida a necessidade da presença de um cuidador ativo na assistência ao paciente. A assistência domiciliar terapêutica parte do princípio do usuário poder receber os cuidados que precisa no convívio de seu lar, pelos familiares e/ou pessoas próximas, orientados e supervisionados pela equipe de saúde regularmente (BRASIL, 2007). Daí a necessidade de manter uma relação de muita confiança entre profissionais e cuidador, prevendo o aumento da própria produção de saúde do paciente. Os cuidadores tornam-se tão importantes à promoção de práticas de cuidado aos pacientes por operacionalizar rotineiramente as orientações da equipe e já apresentar vínculo com o paciente.

Os cuidadores precisam demonstrar a disponibilidade e capacidade de atenção ao paciente e às orientações da equipe, compromisso com o projeto terapêutico, boa relação e facilidade de comunicação com o paciente e os profissionais. Para assim, desempenhar de forma eficiente seu papel e promover assistência qualificada ao paciente.

Conforme Coelho (2004), para o fortalecimento do vínculo com o cuidador, o profissional que se insere no domicílio deve valorizar os progressos, reconhecer a importância do papel social do cuidador e auxiliá-los no processo de operacionalização das práticas de assistência. Ao posicionar o cuidador como elemento fundamental, facilitador e viabilizador da assistência domiciliar, compreender-se que, deve ser incorporado ao serviço da ADT não apenas o seu treinamento técnico, como também apoio psicológico e emocional imprescindíveis para o desenvolvimento e suas atividades.

Quanto à formação das relações que acontecem no domicílio, a A.S.2, relatou de forma significativa a representação da ADT como uma maneira de “*entrar na vida do outro*”, na qual é necessária habilidade, delicadeza e respeito aos modos de vida daquela família. Considerando os saberes já existentes, a forma cultural de cuidado com a saúde da população, não invadindo com imposições sobre as vivências e hábitos das pessoas, mas sim, sendo recebidos para promover prevenção, conscientização e assistência à saúde de todos. O ideal pontuado por A.S.2 é uma somatória entre os cuidados já exercidos pelos familiares/cuidadores e pela equipe de assistência domiciliar.

Os vínculos estabelecidos na somatória das práticas de cuidado e na partilha das dificuldades enfrentadas no tratamento do paciente se desenvolvem através de relações de confiança, diálogo e respeito entre os envolvidos. Compreende-se que as práticas de cuidado são atravessadas pelo vínculo dentro de um enquadre das tecnologias relacionais, ferramentas relacionais e instrumento de trabalho relacional. Estruturando-se em projetos terapêuticos e nas execuções das ações terapêuticas por meio do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002; BARBOSA, BOSI, 2017).

Nos discursos dos participantes, a temática do vínculo é entrelaçada em resultantes de confiança, gratidão, conscientização, adesão às orientações, envolvimento, entre outras questões relacionadas à importância do cuidar em saúde. Segundo Merhy (2002), neste processo das relações no encontro dialógico entre pessoas que atuam umas sobre as outras – por meio de procedimentos, acolhimento, escuta, suporte e esclarecimentos – há produção de responsabilidade em torno de uma problemática, resultando assim, relações de vínculo no ato de cuidar.

A ADT se apresenta como um dispositivo de grande potencial de vínculo entre pessoas, os pacientes abrem suas portas para receber a assistência dos profissionais de saúde que se inserem na convivência do lar daquela família. Este enquadre possibilita uma concepção íntima e real do contexto em que se encontra aquela pessoa que está adoecida. Muitas vezes, essa visita domiciliar vem para recuperar questões para além do somente orgânico, mas sim para reestruturar formas não saudáveis de se relacionar, hábitos prejudiciais, para levar esperança e uma nova expectativa de vivências.

Entraves no Cuidado em Casa

Esta unidade de análise apresenta os entraves na assistência domiciliar, ou seja, as precariedades, dificuldades e limitações que os profissionais esbarram na atuação da ADT. Os relatos escancaram as deficiências do nosso sistema de saúde e nos levam a refletir sobre as questões que necessitam de modificações, aprimoramento, transformações e investimentos para se atingir uma

qualidade na promoção de saúde, melhoria nas condições de trabalho, reestruturação e efetividade do serviço. Segue abaixo o Quadro 3 com os excertos a respeito desta unidade de análise:

Quadro 3: Relatos da Categoria “*Entraves no Cuidado em Casa*”.

ENTRAVES NO CUIDADO EM CASA	
Participante	Excerto do Relato
ENF.1	<i>“A nossa equipe um pouco quebrada, hoje nós não temos mais médico pra compor essa equipe, os médicos todos estão em consultório.”</i>
FISIO.1	<i>“Muitas das vezes o fator principal ali que está mais em deficiência não é nem a questão da saúde do corpo, mas a saúde social, a questão financeira, são lugares bem pobres sem infraestrutura nenhuma, sem higiene, com muita dificuldade. Então, às vezes o paciente vai fazer fisioterapia, mas aí ele não se alimenta ou se alimenta de forma muito inadequada, sem condições. Aí fica meio complicado de atuar na fisioterapia em alguns casos[...] aí então, assim nessas situações fica muito difícil atuar. É uma questão social, financeira, que é complicado.”</i>
TEC.ENF.1	<i>“No momento a maior dificuldade que nós encontramos é o transporte que nem sempre o carro está disponível, tem vezes que o carro está bom, duas semanas, três semanas, mas às vezes não temos carro pra ir.”</i> <i>“Muitas vezes é o ambiente onde o paciente está. Porque as vezes nós vamos no local que é de difícil acesso, local onde o paciente mora, as vezes não tem cama confortável, não tem uma mesa firme e dura pra colocar o paciente lá pra fazer fisioterapia na própria casa. Às vezes eles moram de favor na casa de irmão, pessoas do interior, por exemplos ribeirinhos.”</i>
T.O.1	<i>“A gente tem uma equipe, que hoje ela não está completa. Por exemplo, de manhã nós não temos um médico e um psicólogo [...] então, quando eles precisam de médico ou de assistência psicológica, a gente faz uma articulação com o familiar pra ele vir pro leito, e ele recebe esse atendimento no leito, o Leito Dia, e assim que a gente está fazendo.”</i> <i>“A gente está com problema de ordem material, a gente está com problema de transporte muito sério que a gente precisa resolver, aí a gente encontrar limitações das outras instâncias, que poderiam estar ajudando a gente, mas se encontram limitadas, por falta de recursos hoje, por falta da questão da articulação, as vezes são muitos procedimentos burocráticos.”</i>
A.S.2	<i>“Nós temos aqui muitas limitações no programa, não é um programa que a gente possa considerar eficiente no sentido da gente poder, porque a gente tem o carro que quebra todo mês, a gente tem falta as vezes de profissional, a gente nunca tem médico pra ir às visitas que o ADT ele prevê a garantia da visita médica e a faz anos que a gente não tem, porque a gente não tem médico praticamente pra dar conta do nosso ambulatório, então esse ainda é um nó pra gente.”</i>
FISIO.2	<i>“O principal desafio é infraestrutura pro serviço [...] Outro problema que a gente esbarra é a nossa rede de apoio em relação a realização de exames e consultas, então nosso paciente muitas vezes precisa de determinado exame, isso não é privilégio do ADT, a nossa rede pública é assim, o paciente precisa de um exame agora, e você vai conseguir daqui a três meses.”</i>
PSI.2	<i>“Os locais são bem longes, bem difíceis, difícil acesso, de risco de vida, bem perigosos, já houve assalto ao motorista, já houve muitos riscos, mas não tenho muito medo, eu acho que não é um trabalho pra qualquer um, porque a gente pega muita coisa, a gente entra em muito local, que tu tem que ter muito amor no coração, por isso que tem gente que não se identifica com o ADT, exatamente por isso, é muito complicado você sair da tua vida, no teu conforto que tu leva e dar de cara com uma pessoa que mora em cima de uma ponte com as tábuas todas quebradas passando por entre as tábuas se equilibrando, não é pra qualquer um passar por cima de um riozinho que tem abaixo jacaré, se tu cair o bicho te roi, subir umas ladeiras, descer ladeira cheio de bandada... Os lugares dos nossos pacientes quase são todos assim...”</i>

Fonte: Elaborado pela autora a partir do roteiro de entrevistas.

Os participantes mencionaram diversos entraves nas suas atuações e estabelecimento de suas práticas cuidado. O principal relato de dificuldade no serviço da ADT foi sobre o transporte dos profissionais da UREDIPE até a residência dos pacientes, nas falas de TÉC.ENF.1, T.O.1 e A.S.2; mas as dificuldades são para além dos defeitos do carro utilizado, o próprio acesso as residências é algo complexo, em áreas perigosas, a estrutura das casas, na maioria das vezes, é muito precária, tudo isso é exposto no discurso de FISIO.1, TÉC.ENF.1, PSI.2.

Sobre a precariedade de infraestrutura, FISIO.2 e T.O.1, pontuam a falta de materiais, limitações para realização de exames e consultas. Outra questão ressaltada foi fato da equipe se apresentar incompleta, nos dois turnos, tendo como maior queixa a ausência de médicos nas visitas, ressaltam essa questão os participantes ENF.1, T.O.1 e A.S.2.

A crítica mais intensificada por todos os participantes foi sobre as dificuldades com transporte. O carro que realiza as visitas possui mais de 10 anos, apresenta diversos problemas mecânicos e está em constantes manutenções, o que acaba limitando os atendimentos domiciliares, que necessitam de deslocamento para que aconteçam. A impossibilidade repentina para que as visitas ocorram resulta em abalos no projeto terapêutico traçado ao paciente, atrasos aos procedimentos que precisariam ser executados, e por fim, estremecimento na relação de confiança para com usuários e familiares. Os participantes demonstram grande descontentamento com tal realidade, por culminar em uma aparente falta de comprometimento diante dos usuários, provocando uma maior dificuldade na vinculação e prejuízos à qualidade do serviço.

As participantes T.O.1 e FISIO.2, relatam problemas sobre a infraestrutura do serviço: falta de material, dificuldades de exames e consultas, burocracias e limitações de recursos em várias instâncias. Como a própria FISIO.2 pondera, estas são deficiências encontrada em todo o nosso sistema público. Ainda que sejamos profissionais de saúde em defesa do SUS, valorizando suas potencialidades, é preciso reconhecer os entraves na sua realidade prática, para assim, estarmos na luta pela concretização de uma saúde pública digna, de qualidade e acesso aos cidadãos.

Os profissionais também referiram as dificuldades relacionadas às desestruturas e vulnerabilidades sociais em que estão imersos os pacientes. O FISIO.1 afirmou sua percepção sobre as deficiências dos pacientes, ponderando como as precariedades sociais e a miséria de muitos usuários tornam-se questões a serem recuperadas, como ele define, a “saúde social” precisa ser tão reestabelecida quanto a saúde do corpo.

O ambiente no qual o paciente se encontra é discutido pela PSI.2, a abrangência do serviço acaba sendo delimitada em áreas mais vulneráveis socialmente, bairros periféricos e mais violentos. Os pacientes apresentam necessidades para além das questões orgânicas de adoecimento, assim como uma carência de recursos, acesso e políticas sociais. A psicóloga também menciona que as habilidades para o trabalho na ADT, extrapolam apenas habilidades técnicas, é necessário empatia e sensibilidade para lidar com uma realidade com tantas precariedades e abandono. Neste cenário as práticas de cuidado são essenciais para recuperação da saúde, inserção social e diminuição de vulnerabilidades.

Em conformidade com Ayres (2003), a questão da vulnerabilidade empregada ao HIV/Aids no contexto brasileiro, deve estar atrelada a compreensão que envolva o contexto social e a maior ou menor disposição de recursos para proteção das pessoas contra a enfermidade e seu agravo. O que se verifica neste quadro exposto pelos profissionais, sobre as condições sociais dos usuários da ADT, escancara as diversas vulnerabilidades que os pacientes já estão expostos, o que nos aponta que os agravos à saúde estão relacionados com uma série de carências e falta de acesso a recursos de proteção.

A discussão relacionada às complexidades da saúde coletiva no contexto do HIV/Aids implica no tocante da situação social, política e cultural na qual os indivíduos e coletivos estão inserido. Sendo assim, tentar compreender o grau de vulnerabilidade dos sujeitos perpassa por diversos aspectos sociais. Se existe uma progressão das complicações relativas ao adoecimento por Aids nos grupos das camadas mais pobres da população, isso nos fala de uma vulnerabilidade social que se manifesta na falta de poder político e autonomia na reivindicação e manutenção de direitos desses grupos (GREGO, 2016).

Outro quesito visualizado como uma limitação do serviço da ADT é a incompletude da equipe multidisciplinar. De acordo com as informações dos profissionais, a equipe mínima sugerida pelo manual de Rotinas de ADT em HIV/Aids – assistente social, equipe de enfermagem, médico (infecologista ou clínico treinado), psicólogo e fisioterapeuta – não está atuando em sua completude. A equipe da manhã não conta com assistência psicológica, bem como de serviço social, quanto aos médicos, nenhum dos turnos é composto por estes profissionais. Percebe-se que a configuração da equipe estava formada de acordo com as principais necessidades dos pacientes no contexto da instituição e a disponibilidade dos profissionais para estarem fazendo parte da equipe da ADT.

Estes fatores podem estar acusando a valorização da assistência ambulatorial e hospitalar em detrimento do serviço da ADT, ou então, a falta de recursos humanos para a atuação nos diversos serviços que precisam ser ofertados. Segundo Moreira *et al.* (2014), o profissional de saúde atuante no contexto do HIV/Aids deve se apropriar dos desdobramentos de sua prática nos mais distintos espaços de assistência à PVHA. As instituições de saúde também precisam estar atentas ao sucateamento dos serviços, sempre primando pela qualidade da assistência, sua eficácia e articulação aos recursos necessários.

De toda forma, deve-se considerar a importância epidemiológica e magnitude social no âmbito do HIV/Aids, havendo aprimoramento e investimentos na organização da rede de atenção integral e universal às PVHA, os dispositivos como o ADT fazem parte da concepção de que práticas de cuidado precisam ser ampliadas aos diversos contextos de promoção de saúde.

Potencialidades e Dimensões da ADT

Esta categoria se propõe a realizar uma compreensão sobre potencialidades e dimensões da ADT, ou seja, como a produção de saúde se estabelece através das práticas de cuidado exercidas pelos profissionais de saúde em interação com os pacientes e familiares. A categoria expõe o alcance das práticas de cuidado na ADT, os benefícios à saúde, a recuperação atingida e acesso integral propiciado aos usuários. Discute-se as possibilidades frente à promoção de saúde ao levar o cuidado até o domicílio. A seguir o Quadro 4 da categoria analisada:

Quadro 4: Relatos da Categoria “Potencialidades e Dimensões da ADT”.

ESTABELECIMENTO DOS VÍNCULOS	
Participante	Excerto do Relato
ENF.1	<i>“Olha, ele é um instrumento mesmo pra ajudar a recuperar essa pessoa, seja, ela conseguir caminhar, conseguir se recuperar por completo da sua questão clínica, ou mesmo psíquica, de ver que é possível enfrentar o dia a dia, que nada está acabado. Então, o serviço é extremamente importante que, se não tivesse essa assistência no domicílio, se fosse só o paciente vindo aqui pra sua assistência, atendimento nos consultórios, ele não daria conta, não daria conta, porque essa pessoa quando ela está mesmo completamente adoecida ela não vem aqui, ela desiste, então o serviço domiciliar ele é extremamente importante no resgate dessas situações que se não tivesse o serviço seriam casos realmente perdidos.”</i>
T.O.1	<i>“O papel principal do atendimento domiciliar é fazer com que esse paciente, ele se motive naquela condição que ele tá, ele se motive para que possa sair dessa condição, porque muitos a gente fala que é cuidado paliativo, mas outros não, outros estão passando por uma crise ocasionada por vários fatores, fatores clínicos, fatores sociais também, e aí tudo identificado.”</i> <i>“Tem colegas que já não se identificam muito com essa função do ADT, porque precisa ir in loco, mas a gente sempre conversa que, o fato de você ver o paciente in loco melhora até o seu atendimento aqui no ambulatório, porque você já entende a condição dele, por quais dificuldades que ele passa, então tudo isso ajuda a gente firmar o nosso compromisso de estar ajudando ele a estar cada vez mais motivado na adesão ao tratamento do HIV e Aids.”</i>
A.S.2	<i>“Olha, eu acho que o ADT ele é uma extensão nossa, na casa, no domicílio do paciente, principalmente porque os nossos pacientes eles têm a questão da precariedade financeira, eles não tem recursos financeiros para se locomoverem, a gente não tem um transporte coletivo que favoreça que eles venham fazer reabilitação deles aqui, e eu acho que ainda é um programa que eles ficam super felizes da gente ir à casa deles, porque se a gente pudesse ter essa equipe completa e pudesse ter mais regularidade, eu acho que seria fantástico, mas de alguma forma, com certeza, só o fato de você levar o fisioterapeuta, levar o nutricionista, pra fazer a orientação, a gente observa o ambiente do paciente, estando lá, a gente pode sugerir, a gente pode construir com eles um planejamento de cuidado mesmo.”</i>
FISIO.2	<i>“as necessidades básicas a gente tem conseguido suprir, como também trazer um pouco de motivação, acho que essa é palavra, motivação para o paciente, pra que ele não se sinta tão só, tão marginalizado, isolado, com o seu problema, a sua doença, na sua residência, já que ele não tem não consegue ter esse contato, esse acesso ao serviço de saúde.”</i> <i>“É esse cuidado de integrar, essa preocupação, esse objetivo, de integrar de novo esse paciente ao serviço ambulatorial, de devolver esse paciente do âmbito de sua residência, desse isolamento, porque ele está restrito, por algum motivo, devolver esse paciente ao convívio no ambulatório, aos serviços no ambulatório.”</i>
NUTRI.2	<i>“Olha, o ADT ele tem um papel muito importante e determinante, eu vejo que se a gente tivesse as plenas condições e regularidade, a gente evitaria muito do retorno desse paciente ao hospital, e reintegraria ele a rotina da Unidade, que seria vir de três em três meses, pra tomar medicação, porque ele sai daquele cuidado crítico, a gente consegue dar uma estabilidade pra ele, pra ele tomar o tratamento dele normalmente. Então, eu vejo que o ADT ele é importante, principalmente, pra impedir, muita das vezes que, o paciente vá ser hospitalizado, e de outras vezes, quando hospitalizado que ele retorne ao hospital.”</i>
PSI.2	<i>“O nosso objetivo é fazer com que esse paciente melhore autoestima dele, que melhore fisicamente, pra ele poder voltar aqui pra unidade pra fazer o tratamento dele com muito mais adesão do que ele tinha, voltar mais fortalecido externamente e interiormente.”</i>
T.O.2	<i>“A partir do momento que tu promove qualidade de vida, independência deles, eu acho que isso é super importante, isso é uma prática de saúde [...] quando eu te digo que eu trabalho funcionalidade, por exemplo: ‘eu não consigo mexer o meu braço’, mas por eu não mexer esse braço outras atividades, existem implicações em outras atividades, não consegue escovar os dentes, ele não consegue lavar o cabelo dele, ele não consegue se alimentar sozinho, então a gente tem que devolver essa funcionalidade desse membro para que ele consiga desempenhar as atividades do dia-dia dele.”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do roteiro de entrevistas.

Nos relatos acima mencionados, os participantes referem os aspectos mais significativos sobre as potencialidades e dimensões da ADT, de acordo com a participante ENF.1 e PSI.2 a assistência domiciliar torna-se um dispositivo de adesão ao tratamento, à medida que, resgata este paciente que, muitas das vezes, encontrava-se a margem do seu tratamento para o HIV/Aids. As participantes T.O.1, FISIO.2 e PSI.2 relatam a dimensão subjetiva das repercussões psíquicas aos pacientes atendidos pela ADT, relativas principalmente à motivação, esperança e autoestima.

As participantes T.O.1 e A.S. 2 também ressaltam as vantagens no atendimento in loco, ou seja, as potencialidades de recuperação ao levar as práticas de cuidado ao domicílio. A respeito da dimensão reintegradora do serviço da ADT, os participantes FISIO.2, NUTRI.2 e PSI.2 apontam a importância de possibilitar o retorno ao tratamento na rotina ambulatorial e uma prevenção às novas internações hospitalares. A T.O.2 menciona promoção de qualidade de vida como uma possibilidade de favorecimento aos pacientes atendidos na ADT.

As práticas de saúde executadas dentro da ADT visam a melhoria da qualidade de vida multidimensional do paciente (aspectos orgânicos, psíquicos, sociais e espirituais). A qualidade de vida é uma dimensão do processo saúde-doença determinada por um conjunto de condições que contribuem para o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. Sendo assim, a qualidade de vida está diretamente relacionada com a promoção de saúde (CAMPOS, ROGRIGUES NETO, 2008).

Partindo do discurso da participante T.O.2, as intervenções terapêuticas executadas na ADT são promotoras de qualidade de vida, sendo este benefício importante aos pacientes. O FISIO.1 aponta a relação entre qualidade de vida e a ADT, *“de certa forma, a família e muitas vezes o próprio paciente, percebem no ADT como única esperança de tentar melhorar a qualidade de vida.”* Os relatos nos revelam o potencial do serviço da ADT em interface com a qualidade de vida, percebendo-o como um dispositivo com uma dimensão promotora de saúde, que possibilita o contato humano, resgate da cidadania e consequentemente melhora na qualidade de vida dos pacientes atendidos.

Ao realizar essa extensão do cuidado na residência, os profissionais proporcionam ao paciente conforto em relação às dificuldades de mobilidade, reconhecimento do seu sofrimento e limitações, esperança quanto ao seu prognóstico, motivação para aderir o tratamento e melhora da autoestima. Estas dimensões subjetivas resultados das práticas de cuidado na ADT atravessam os discursos de T.O.1, FISIO.2 e PSI.2 articuladas ao potencial que elas têm na promoção de saúde.

O potencial da ADT também comparece no que se refere à adesão ao tratamento e reintegração dos pacientes ao serviço de saúde. A adesão ao tratamento é uma temática amplamente debatida, principalmente no que se refere ao uso da ARV. Diversos fatores podem estar envolvidos no abandono do tratamento, ou na não adesão completa, entre eles: ser uma doença ainda sem cura e de tratamento por tempo indeterminado, os estigmas sobre a doença, exclusão e

isolamento social, forte sobrecarga emocional, lembrança da condição de mortalidade, exposição da condição de soropositividade, efeitos colaterais, nível de instrução, não aceitação da doença, entre outros aspectos que podem contribuir para falta de adesão ao tratamento (BRASIL, 2007).

Os benefícios do serviço da ADT à adesão ao tratamento são diversos, estar dentro da residência do paciente, e em contato íntimo com seus cuidadores deve ser aproveitado como uma situação privilegiada para se aprofundar o trabalho de adesão. Ao dispor de assistência ao cuidado dentro das condições do paciente, estreita-se a relação entre equipe e paciente intensificando a confiança no tratamento. A duração das visitas e consultas deve ter o tempo necessário para se fazer investigação clínica, sanar dúvidas e esclarecimentos, não podendo ser feita apressadamente. A postura acolhedora e respeitosa dos profissionais é essencial para que o ambiente se torne favorável e o paciente consiga discutir suas dificuldades com segurança, permitindo a identificação dos problemas e adequação do esquema de tratamento, evitando a baixa adesão.

O papel de relevância da ADT está, muitas vezes, em reintegrar esse paciente, como pontuaram as participantes FISIO.2, NUTRI.2 e PSI.2, promovendo melhoras no quadro de saúde e as devidas condições para que o paciente retorne a sua rotina de tratamento em ambulatório, tendo em vista, a recuperação de sua independência e autonomia para seguir os percursos do tratamento para o HIV juntamente com seus projetos de vida, para além da sua condição sorológica.

Essa dimensão reintegradora da ADT se apresenta tanto na possibilidade de desospitalização do paciente, prevenção às novas demandas de internação, quanto na viabilização do paciente retornar aos cuidados em ambulatório. A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que reorienta o modelo tecnoassistencial com um espaço potente na criação de novas formas de cuidar, propondo uma substituição ou redução das internações hospitalares (SILVA *et al.*, 2010).

Sobre esta modalidade domiciliar, Merhy e Feuerwerker (2008), definem como um dispositivo para produção de cuidados que não são efetivamente produzidos nos hospitais, ambulatórios ou instituições de saúde. A assistência se apresenta como um acontecimento itinerante do ato de cuidar, que implica na mobilização da equipe multiprofissional ao lugar que o paciente se encontra necessitando dessa produção e invenção das práticas de cuidado.

As vantagens de estar indo in loco, como pontuam nas suas falas as participantes T.O1 e A.S. 2, é uma importante forma de estar reconhecendo a realidade do paciente para além do ambulatório e hospitais. Perceber as estruturas disponíveis para alcance da melhora do quadro clínico estabelecido, seja de condições financeiras, suporte familiar e social, ou dos os aspectos emocionais envolvidos, acaba possibilitando propostas de intervenções e construção do projeto terapêutico mais adequado e eficaz dentro do contexto que o paciente está envolto.

Humanização na Integralidade no Cuidado

A temática da integralidade circunscreve os dados alcançados nessa pesquisa de maneira holística. A integralidade e humanização são princípios da política SUS para garantia que a assistência à saúde contemple os cidadãos, sendo assim, as práticas de cuidado são uma forma de operacionalização destes princípios. Nesta categoria verificamos nos discursos dos profissionais em articulação com as práticas de cuidado e as políticas de saúde, qual a percepção dos participantes sobre a humanização, como se percebe o acontecimento de práticas humanizadas em seu fazer. Abaixo segue o Quadro 5, com os excertos dos relatos dos participantes sobre esta temática:

Quadro 5: Relatos da Categoria “Humanização na Integralidade do Cuidado”.

HUMANIZAÇÃO NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	
Participante	Excerto do Relato
ENF.1	<i>“A humanização é o que permite o serviço chegar até pessoas, porque sem essa visão de que é possível você tratar essa pessoa onde quer que seja, e olhando a sua situação real, o serviço não conseguiria fluir. A condição de ver essa pessoa plena dos seus direitos, existe a política estabelecida, e não trabalhamos só com a questão da boa vontade, tem que ter uma infraestrutura pra isso, tem que ter estrutura pra isso, tem que ter política estabelecida para isso. Então, nós temos aqui uma equipe que é multiprofissional, por exemplo, não sou só eu que vou dar conta e conseguir restabelecer esse paciente, com esse vínculo, tratamento, enfim, é todo minha equipe que cada um entra com a sua intervenção especializada, com as suas abordagens, mas a questão da relação humana de olhar esse outro pleno de direitos é realmente o que move o serviço.”</i>
FISIO.1	<i>“A humanização, a gente tenta ser o mais compreensivo com o paciente, a gente tenta entender a história de vida dele. E até mesmo, a gente tem um trabalho de combate ao próprio preconceito”.</i>
T.O.1	<i>“Então, isso eu já acho um princípio de humanização, essa questão do tempo de espera diminuiu pra eles. E outras coisas também com relação a como ele vai exercer os direitos dele, mantê-lo envolvido, esclarecer pra ele quais são os direitos dele, enquanto ele está acamado, e que ele precisa ter a gente como um apoio, esclarecer também porque ele também tem o papel dele, então ele sendo responsável pelas atividades dele, se ajudando, ele pode se recuperar mais rápido [...] Acho que isso, acionando o papel deles, eu acho que essa é a parte que faz parte da política de humanização, é um princípio da corresponsabilidade, então é basicamente isso.”</i>
A.S.2	<i>“A gente nunca chega lá dizendo o que eles têm que fazer, a gente sempre parte da realidade de cada família, porque cada família tem uma realidade, porque você vai chegar em casa em que o paciente não tem uma higiene boa, mas por que aquela família tem um recurso muito pequeno, então aí a gente vai e faz um processo de observação, aí a gente começa fazer eles perceberem que mudar um pouco aquele hábito vai refletir diretamente na melhora do quadro clínico do paciente, então a gente acaba fazendo assim, acaba que toda família, acaba entrando nesse processo é muito bacana isso que a gente vê, tu faz um trabalho que o teu alvo é o paciente, mas a educação ela é com um conjunto de familiares que estão lá naquela casa.”</i>
FISIO.2	<i>“Quando a gente faz a primeira visita, o nosso contato ele continua tendo que ser o mais acolhedor possível, para quebrar todo e qualquer tipo de resistência, muitas vezes por parte de algum familiar, ou até do próprio paciente. A gente precisa estar conversando, ouvindo, oferecendo escuta, oferecendo o serviço multidisciplinar, acompanhando entendendo não só os problemas do paciente como do cuidador, quantas vezes a gente vai lá e resolve demandas não só do paciente, mas de alguém da família, do conhecido da família. Então, é dessa forma que a gente vai estabelecendo esse relacionamento com o paciente e a família.”</i>
FONO.2	<i>“E sendo carinhoso, e sendo respeitoso, e sendo discreto, é dessa forma... não demonstrando nojo, não demonstrando aquele sentimento de repulsa, de repúdio, é sendo acolhedor mesmo. Já são pacientes que muitas das vezes já passam por uma série de dificuldades, vulnerabilidades, preconceitos, discriminações... Eles precisam ser tocados, eles precisam ser tocados, é bom quando a gente toca neles, pega na mão, toca, por mais que a gente, às vezes, tenha que se proteger com as luvas, mas a gente precisa ter esse contato, de tocar na mão, de pegar no braço.”</i>
T.O.2	<i>“Olha, eu acho que a humanização ela começa, desde a inversão, o paciente vem à Unidade pra ser tratado, a gente é o inverso, a gente eu vai até ele, há uma proximidade, a gente consegue conviver, vivenciar a realidade daquele paciente, muito melhor do que ele tá vindo pra cá, porque quando ele chega à unidade, o que a gente sabe é o que ele conta pra gente, quando a gente vai pra lá a gente vivência, então a gente vai lidando com essas questões de acordo com paciente pra paciente, eles são bem mais próximos, há um estreitamento nas relações entre profissional e paciente, eu acho que daí que começa a questão do processo de humanização, não existe assim um protocolo do que a gente vai fazer, simplesmente as relações permeiam esse processo de humanização”</i>

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do roteiro de entrevistas.

Nos relatos acima proferidos constatam-se os discursos sobre a percepção do constructo da humanização empregada à saúde. As participantes ENF.1 e T.O.1 pontuam sobre a concepção de humanização ligada à defesa dos direitos dos usuários. As considerações sobre o acolhimento são expressas por FISIO.2 e FONO.2 em seus discursos sobre a humanização. FISIO.1 e FONO.2 ainda ponderam sobre as práticas de humanização estarem entrelaçadas as desconstruções de preconceitos e discriminações. A.S.2 e T.O.2 mencionam as relações estabelecidas no cuidado humanizado, vivências, trocas, conscientização e respeito.

A humanização se apresenta como discurso político através do HumanizaSUS, devendo estar presente em todas as instâncias e ações de assistência à saúde executadas no SUS. Diante das indagações sobre a humanização as participantes ENF.1 e T.O.1 pontuaram a esfera da defesa e garantia dos direitos dos pacientes acompanhados pela ADT, estando em consonância com a diretriz de humanização que pontua que os serviços de saúde devem estimular o conhecimento dos usuários sobre seus direitos e assegurar que os mesmos sejam cumpridos em todas as etapas do cuidado, com uma equipe que proporcione esclarecimentos sobre sua condição de saúde e a devida assistência as suas necessidades (BRASIL, 2013).

A participante T.O.1 ainda reafirma a importância de manter o usuário envolvido em seu cuidado, com papel ativo e responsável no seu tratamento. Sendo assim, acionar o paciente e envolvê-lo em seu planejamento terapêutico é uma proposta de humanização, como mencionado pela T.O.1, se estabelece como o princípio corresponsabilidade. Na proposta de política de humanização estabelecida (BRASIL, 2013), se dispõe que para se existir um SUS humanizado é importante se reconhecer cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde.

Nos discursos das participantes FISIO.2 e FONO.2 é abordado a questão do acolhimento como prática de humanização. Diante do discurso de FISIO.2, é pontuado o potencial do acolhimento no desmanchar de resistências entre a equipe e paciente/familiares, reafirmando a importância do diálogo, a oferta de escuta e cuidado integral. Já a participante FONO.2 refere o acolhimento como uma forma de proporcionar contato, afeto e carinho dentro de uma prática humanizada.

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que se apresenta como o reconhecimento da legítima e singular necessidade de cada usuário. O acolhimento deve estar compondo e sustentando uma relação de confiança, compromisso e vínculo entre os envolvidos (indivíduos, familiares, equipe e instituição), no processo de acolhimento a pessoa é convidada a falar e a expressar suas demandas. Levando em

consideração os relatos das participantes em conformidade com os direcionamentos da PNH, ratifica-se o acolhimento como uma escuta qualificada, oferecida pelos profissionais as necessidades dos usuários, lhes sendo garantido o acesso apropriado a sua assistência em saúde (GONÇALVES, FIORE, 2011; BRASIL, 2013).

Nos relatos de FISIO. 1 e FONO. 2 sobre as práticas de humanização, os profissionais envolvem as problemáticas do preconceito e discriminação, ponderando sobre as possibilidades de desconstruções e combate a estes comportamentos nocivos ao paciente soropositivo. Na concepção dos participantes, o olhar sobre estas vulnerabilidades se configura como um cuidado humanizado. Ser um profissional humanizado no âmbito do HIV/Aids requer manejo dos estigmas sociais da doença, desmitificação de crenças preconceituosas e combate à discriminação, tentando trazer sempre informações relevantes à conscientização e esclarecimentos quanto ao HIV/AIDS.

Ainda que exista falhas nos serviços de saúde pública, em particular no que tange a disponibilização de atendimento humanizado em diversas esferas, em especial às pessoas com diagnóstico de HIV/Aids, que relatam vivências de preconceito e violência nos serviços de saúde (ARAÚJO, ANDRADE, MELO, 2011). É preciso reconhecer o dispositivo da ADT como um serviço de enfrentamento as vulnerabilidades e discriminações que perpassam as PVHA, possivelmente, por estar ligado a uma instituição especializada, na qual os profissionais possuem aportes e instrumentalização para o trabalho neste contexto do HIV/Aids, porém essa é uma realidade muitas das vezes não visualizada nos outros serviços de saúde da rede pública, na qual os usuários soropositivos estão expostos.

A.S.2 e T.O.2 ainda relatam sobre as práticas de humanização, concernente às relações estabelecidas através das trocas, afetos, esclarecimentos e ações de potencial terapêutico. Ainda que existam diretrizes norteadoras para que a humanização aconteça, ela é uma manifestação no nível das relações humanas, sendo assim, não há precisão de protocolo de etapas para o seu estabelecimento, como pontua T.O.2 *“simplesmente as relações permeiam esse processo de humanização”*.

Portanto, a humanização na integralidade do cuidado deve ter estratégias de abrangência de todos os profissionais atuantes nos serviços de saúde, com propostas integrais, acolhedoras, que priorizem as relações e vínculos na assistência à saúde, sendo a princípios de humanização uma prática estrutural do serviço e basilar às ações em saúde.

Considerações Finais

Esta pesquisa teve como proposta produzir uma análise qualitativa das práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde dentro da Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/Aids. O itinerário metodológico empregado nos levou aos discursos referidos pelos próprios membros da equipe multidisciplinar, através de então, nos foi possibilitado uma compreensão em torno do fazer prático da ADT.

A ADT se configura como um dispositivo de assistência à saúde que apresenta em si toda uma estrutura de atravessamentos em rede, entrelaçada por discursos, práticas institucionais, construções sociais, normativas e princípios versados na saúde coletiva. As relações estabelecidas se edificam sob a perspectiva de levar ao outro que, necessita ser assistido em suas demandas, o cuidado integral com a função promotora da saúde.

A temática das práticas de cuidado norteia e circunscreve os dados alcançados pela pesquisa de maneira transversal. A partir dos relatos das experiências vivenciadas pelos profissionais da ADT, entende-se as práticas de cuidado como fazer basilar no exercício da assistência à saúde.

As discussões a respeito das dimensões alcançadas na ADT à promoção de saúde do paciente em atendimento, permeiam os dados colhidos neste estudo, entendendo a ADT como um serviço de articulação com cuidado integral nas diversas instâncias que se fazem necessárias a uma pessoa em tratamento devido o HIV.

Mediante a tudo que foi exposto, é preciso olhar para as problemáticas que emergem a partir da ótica revelada pelos participantes da pesquisa. Encarar a presença de significativos entraves à assistência integral aponta as diversas falhas presentes. A eficiência de serviços como a ADT depende da estrutura proporcionada, disposição de transporte, materiais necessários e recursos humanos. E nesses quesitos os entrevistados relataram defasagem nos investimentos e dificuldades com a burocratização dos outros níveis de serviço da rede.

Se a ADT se apresenta como uma modalidade inovadora no cuidado integral à PVHA, o seu sucateamento representa institucionalmente a falência de um serviço que proporciona a desospitalização e diminuição de custos. Sendo assim, é importante dimensionar o potencial que a atenção domiciliar tem diante da integralidade do cuidado, sendo resistência em face de qualquer mecanismo de depredação dos serviços no SUS.

Os dados alcançados expuseram a magnitude dos vínculos na promoção de saúde, revelando o quanto o vínculo bem estruturado é potente nas relações

constituídas através da assistência domiciliar. O vínculo se presentifica nas formas de relações cuidadosas e respeitadas, onde se encontra acolhimento, escuta, suporte e esclarecimento. Os dados apresentados demonstram que o envolvimento e formação de laços afetivos são geradores de impactos positivos na subjetividade dos pacientes e familiares, assim como, beneficia a efetividade da adesão ao tratamento. Assim, ao conceber o cuidado no domicílio como um lugar potente às intervenções em saúde, prima-se pelo trabalho vivo em ato, pelas necessidades singulares dos usuários com qualidade das relações.

Na construção de um estudo no campo da saúde coletiva sobre uma análise qualitativa da assistência domiciliar e HIV/Aids, debruçou-se na compreensão das vivências referidas pelos profissionais de saúde. Buscou-se descrever as relações constituídas no cuidado em saúde e vivências subjetivas entre a equipe e pacientes/familiares. Por meio desta pesquisa qualitativa foram revelados diversos significados que os profissionais atribuem às suas experiências dentro da ADT e as formas como eles compreendem as práticas de cuidado dentro do serviço.

Por fim, podemos dizer que esta pesquisa trouxe contribuições para o campo da saúde ao analisar as práticas de cuidado na ADT em HIV/Aids. Desde a construção teórica à empírica verificamos as potencialidades do atendimento domiciliar, as práticas de cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids, a importância das tecnologias leves – o cuidado, vínculos, relações – sendo empregadas e a dimensão de uma assistência realizada de forma interdisciplinar. Espera-se que os insumos deste estudo tragam fortalecimento aos discursos trabalhadores na saúde pública, aprimoramento da assistência às PVHA e reflexões na construção de um SUS edificado pela integralidade e humanização.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, A. M.; BRITO, M. J.; SILVA, K. L., RANDOW, R. M. V.; MONTENEGRO, L. C. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. Rio de Janeiro: **Rev. pesq.: cuid. fundam.** Online, 2013, v. 5, n. 1, p. 3383-3393.

ARAÚJO, M. A. L.; ANDRADE, R. F. V.; MELO, S. P. O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com HIV/Aids em Fortaleza, Ceará. Salvador: **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2011, v.35, n.3, p. 710-721.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR I.; CALAZANS G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D.; FREITAS C. M. (Org.). **Promoção da saúde:**

conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

BARBOSA, M. I. S. BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2017, v. 27, n. 4, p. 1003-1022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Básica. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. **Caderno de Atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Bahia: **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2008, v.32, n. 2, p.232-240.

COELHO, S. M. G. Assistência Domiciliar Terapêutica (“Home Care”) ao paciente com aids: experiência de um serviço público municipal em São Paulo. 2004. 127 f. **Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública, Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde**, São Paulo, 2004.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. São Paulo: UNASUS, 2011.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 5, p. 1553-1564.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002. 390p.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

MOREIRA, A. C.; BACHINNI, A. M.; FRANCÊS, I.; SILVA, R. D. Cuidado no diagnóstico de HIV/aids: a escuta psicanalítica como dispositivo clínico no hospital geral. In: MOREIRA, A. C.; OLIVEIRA, P. T. R.; PIANI, P. P. F. (Org.) **Cuidado e Saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém: Paka-Tatu, 2014. p. 45-72.

SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M.; DECOTELLI, P. V.; CHRISPIM, P. P. M.; ABREU, D. M. F. Avaliadores in situ (ação): reflexões e desafios sobre a institucionalização da prática avaliativa no PN DST/Aids. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. (Org.) **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011. p. 205-221.

SESPA. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **AIDS: Viva prevenida (o)**. Cartilha Informativa. Pará, 2010. O conteúdo desta cartilha informativa foi elaborado pela UREDIPE/SESPA, e fornecida à população durante suas campanhas.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERRHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. São Paulo: **Rev. Saúde Pública**, 2010, v. 44, n. 1, p. 166-176.

WINGESTE, E. L. C.; FERRAZ, A. F. Ser assistido pelo serviço de assistência domiciliar: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador. Minas Gerais: **Rev. Min. Enferm.**, 2008, v. 12, n. 1, p. 34-39.

CAPÍTULO 9:

Análise do contexto de implantação das mudanças do modelo de financiamento da Atenção Básica em uma região de saúde paraense

*Pedro de Lemos MacDowell
Fabiana Ribeiro Santana*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (APS/AB) não é apenas a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), mas uma concepção de cuidado fundamental para o alcance daqueles que são definidos como seus princípios: universalidade, integralidade e equidade. Como afirmam Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 12), *“foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da APS no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do SUS”*. Trata-se da dimensão mais *“radical”* do sistema de saúde no sentido em que *“atinge a raiz dos problemas de saúde”*, qual seja, a da determinação social da saúde (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018, p. 227).

Em um país tão grande e tão profundamente desigual como o Brasil, a ampliação e a qualificação da APS/AB é condição para garantia do acesso da população à saúde. Para Mendes e Carnut (2020, p. 193), a APS/AB é *“a melhor forma de construir justiça social assegurando o direito à saúde como o mais importante de todos”*. Além disso, estudos como o de Gerdtham e

Jönsson (2000) têm demonstrado como o papel de “*filtro*” da APS/AB para os outros níveis de atenção tende a resultar num menor nível de gasto em saúde nos países que implantam esse modelo. No processo de estruturação e organização da APS/AB no SUS, a principal estratégia adotada tem sido, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), originalmente criada como Programa Saúde da Família (PSF).

Embora o Brasil nunca tenha alcançado, mesmo com a criação do SUS, uma cobertura efetivamente universal da APS/AB, um olhar em perspectiva histórica demonstra que o país vinha experimentando uma tendência crescente da cobertura (NEVES *et al.*, 2018). Apesar de que o financiamento do SUS “*jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade*” (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 14), verifica-se que no período entre 2006 e 2016 a cobertura nacional da ESF foi de 45,3% a 64,0% (NEVES *et al.*, 2018). Embora a região norte apresente um percentual de cobertura muito próximo da média nacional no período (40,7% a 63,4%), o estado do Pará sempre registrou números muito inferiores, com cobertura de 28,8% em 2006 e 54,5% em 2016. Atualmente, a cobertura de APS/AB no estado é de 61,42%, conforme dados do sistema de informações e-Gestor Atenção Básica, tendo como referência o mês de outubro de 2022 (BRASIL, 2022a).

Questões como a ampliação do acesso, a qualificação do cuidado, o monitoramento e a avaliação dos serviços e o debate sobre as formas mais adequadas de financiamento, considerando os objetivos de universalidade, integralidade e equidade, sempre estiveram presentes no debate e no processo de construção da APS/AB no Brasil, e motivaram uma série de mudanças e inovações periódicas na política. Nos últimos anos, duas medidas normativas do Ministério da Saúde (MS) promoveram mudanças significativas na política de APS/AB do SUS, com impactos no financiamento. A primeira, em 2017, foi a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a segunda, em 2019, a criação do Programa Previne Brasil (PPB). Entre as justificativas apontadas para a realização dessas mudanças incluem-se “atender a demanda de maior autonomia dos gestores municipais no uso dos recursos federais; alcançar os grupos mais vulneráveis; garantir custo-efetividade na política de atenção básica” (MOROSINI, FONSECA, BAPTISTA, 2020, p. 9).

Importante destacar que as discussões que orientam essas mudanças no SUS não estão desconectadas de debates em curso em outros países e na arena internacional. Giovanella *et al.* (2019) situam parte dessas discussões no processo que levou à formulação da Declaração de Astana, em 2018, em contraste com os princípios e diretrizes estabelecidos pela Declaração de Alma-Ata, apresentada em 1978. As décadas que se seguiram à formulação de Alma-Ata foram marcadas por um aumento da influência do ideário neoliberal sobre as políticas sociais em

governos de diversos países, com a adoção por organismos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial (BM) e a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), de uma visão da APS/AB seletiva e focalizada. Nesse sentido, destaca-se uma oposição entre modelos orientados para a construção de Sistemas Universais de Saúde, por um lado, baseados no princípio da saúde como um direito universal, e no conceito de Cobertura Universal de Saúde, por outro, em que o foco da assistência pública recai sobre os seguimentos mais vulneráveis da população, sob a justificativa da escassez de recursos. Junto a esse processo de focalização da APS/AB, ganha força no âmbito internacional um processo de mercantilização em sistemas nacionais de saúde, por meio de reformas, inclusive naqueles sistemas de orientação universal, como é o caso do sistema inglês, entre outros (FERREIRA, MENDES, 2018).

A PNAB de 2017 foi aprovada e teve suas diretrizes definidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). O processo de revisão da PNAB estendeu-se entre 2015 e 2017 e esteve atrelado a um entendimento, por parte do MS, de baixa resolubilidade dos serviços da APS/AB, apesar dos avanços verificados nos anos anteriores. Merece destaque, na contextualização do processo de revisão da PNAB, que o período foi atravessado pela controversa destituição da presidenta Dilma Rousseff, em meio a uma forte crise política e econômica, sendo marcado por uma série de mudanças de ministros da saúde, tendo sua conclusão no governo de Michel Temer (ALMEIDA *et al.*, 2018; MORI, 2019). Além disso, cabe destacar que a publicação da PNAB de 2017 deu-se após a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que resultou em impactos importantes para o financiamento das políticas públicas, com o congelamento das despesas primárias por um período de duas décadas, num contexto nacional de predomínio de políticas econômicas de austeridade e arrocho fiscal, promovendo uma “*asfixia financeira do SUS*” (MENDES, CARNUT, 2020, p. 178).

Na análise de Morosini, Fonseca e Lima (2018), a PNAB de 2017 trouxe diversos riscos potenciais para a APS/AB no SUS, atingindo diretamente os seus princípios. A universalidade é posta em risco com a flexibilização dos parâmetros da relação equipe/população, incluindo a indefinição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são trabalhadores fundamentais para a ESF. O princípio da integralidade é ameaçado por meio de uma diferenciação entre padrões “*essenciais*” e “*ampliados*” de ações e cuidados na APS/AB, o que pode representar uma lógica segmentada e fragmentada. Questiona-se, ainda, os impactos potenciais da PNAB quanto ao papel da ESF, que embora seja textualmente referida como prioritária, passa a conviver e disputar recursos com outras estratégias de organização da APS/AB. Destaca-se, ainda, o risco de fragilização do papel indutor e de regulação exercido pelo MS como coordenador nacional do pacto federativo da saúde.

Almeida *et al.* (2018) apontam para alguns desses riscos, destacando que a nova política foi fruto da arena de disputas travadas no campo da gestão interfederativa e que prevaleceram os interesses de parte dos atores, ao passo que algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas à PNAB de forma tímida e superficial. Morosini, Fonseca e Lima (2018) afirmam que a discussão teve pouca divulgação e ocorreu em espaços restritos, com pouca abertura para participação social. Mesmo a consulta pública sobre a primeira versão do documento esteve aberta por apenas dez dias e acarretou poucas mudanças expressivas no texto, apesar de ter recebido mais de 6 mil contribuições. No entendimento de Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 239), a PNAB de 2017 promove um apequenamento do conceito de APS/AB, destacando que *“o SUS foi criado com base na principalidade da AP”*, mas que encontra na nova política uma concepção fragmentada da APS/AB.

Dando continuidade ao processo de mudança na estrutura da política de APS/AB no SUS, em 2019, o MS lançou o PPB. O Programa foi lançado, segundo Harzheim (2020, p. 1189), com o objetivo de promover *“sincronia entre o resgate aos princípios historicamente estabelecidos da APS/AB e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem”*. Instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019a), o PPB promove uma mudança significativa nas formas de repasse das transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os estados e municípios, que passa a ter como base de cálculo três critérios: a chamada *“capitação ponderada”*, em que os valores repassados são definidos em função do número de pessoas cadastradas nas unidades de APS/AB, e não mais na população municipal; um pagamento por desempenho, baseado em indicadores definidos pelo MS; e incentivos específicos para ações estratégicas. Encerra-se, portanto, os chamados Pisos da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável.

Para Massuda (2020, p. 1186), o PPB também contribuiria para uma definição mais restritiva da APS/AB, *“devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS”*. Mendes e Carnut (2020, p. 197) afirmam que essa *“Portaria destitui por completo toda lógica da atenção primária à saúde e da universalidade do sistema, descaracterizando sua orientação ao cuidado e ratificando os elementos de mercado que servem para o capital se reproduzir nesse nível de atenção”*. A análise de Morosini, Fonseca e Baptista (2020) chega a conclusões semelhantes, apontando para um distanciamento do entendimento da saúde como direito universal, para um enfoque individualizante das ações de cuidado, com centralidade no modelo biomédico, e para um risco de privatização da APS/AB, para o qual diversos elementos do programa contribuem.

Importante observar que a criação do PPB tem como fonte de inspiração o modelo de APS/AB do sistema de saúde inglês. Nesse sentido, alguns autores têm apontado para diferenças, entre os dois países e seus respectivos sistemas de saúde, que impõem questões a serem consideradas face a esse processo de transposição de elementos do modelo britânico para o Brasil. Segundo Mendes e Carnut (2020, p. 201), ao adotar o modelo de capitação ponderada com base no sistema inglês, o PPB desconsidera *“o histórico de aperfeiçoamento dessa medida e foca nas implementações finais ocorridas na Inglaterra a partir de 2008 – sob a forte presença de políticas econômicas austeras”*.

Para Melo *et al.* (2019, p. 140), o Reino Unido utiliza um sistema de capitação para remunerar médicos generalistas, e não para a realização de transferências intergovernamentais. No Reino Unido, segundo os autores, apesar da adoção de um critério de capitação para pagamento de profissionais de saúde, *“a alocação de recursos para regiões de saúde [...] considera critérios combinados de necessidades de saúde e busca de equidade”*. Além disso, o PPB define parâmetros para cadastramento de população por equipe de Saúde da Família (eSF) muito elevados para parte dos municípios, chegando a 4 mil pessoas por eSF, quantitativo que *“não encontra equivalência na organização e prestação desses serviços, mesmo em países mais homogêneos e de renda alta, que apresentam melhores condições socioeconômicas e de saúde”*.

Um dos pontos destacados nas discussões sobre a PNAB de 2017 e o PPB é a intenção declarada por estas políticas de dar maior autonomia aos gestores, em especial dos municípios, quanto ao uso dos recursos financeiros repassados e à organização da APS/AB, em seus respectivos territórios, de acordo com as necessidades locais. Harzheim (2020) defende, por exemplo, a possibilidade de autonomia de gestores municipais para contratação de profissionais de acordo com o perfil epidemiológico de suas cidades. Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 9) contextualizam essa proposta recuperando o histórico de transformações no modelo de financiamento da APS/AB no SUS, e destacam que uma lógica indutiva do financiamento federal, com transferências de recursos condicionados ao investimento em determinadas ações e serviços e o MS com um papel central na orientação da política no nível local, tem sido desde os primórdios do SUS um *“ponto de tensão”* entre gestores federais e municipais.

Não obstante, entendem que *“[no] que tange à maior autonomia do gestor municipal, o que se apresenta no Previn Brasil é muito mais uma mudança no que é objeto do incentivo federal e seus propósitos, do que uma ruptura com a lógica indutiva”*. Nessa mesma linha, em um diagnóstico histórico sobre os problemas do financiamento da APS/AB no SUS, Mendes, Carnut e Guerra (2018, p. 233) situam na Norma Operacional Básica (NOB) 96 do MS a inibição da autonomia municipal, com a indução *“a adotar programas não definidos localmente”*.

Esse diagnóstico, que ambas as políticas realizam em sua argumentação, mas que as análises entendem não ter sido superado com as mudanças no modelo de financiamento da APS/AB, converge para as conclusões apontadas, ainda em 2007, por Viana e colaboradores.

A condução do Ministério da Saúde é ainda tímida frente aos desafios da construção de uma política regional. Um elemento a ser destacado é a escassa consideração das dinâmicas socioespaciais na formulação das políticas setoriais. A trajetória da política de saúde demonstra fragilidades no enfrentamento da questão regional, revelando um padrão organizacional e de financiamento em que predominam estratégias homogêneas para todo o território nacional ou a proposição de recortes regionais com base somente na disponibilidade de serviços de saúde (VIANA et al., 2007, p. 129).

A discussão de Viana et al. (2007) aponta para os desafios específicos da construção de políticas de saúde no âmbito do SUS no contexto amazônico. Várias têm sido as ocasiões em que gestores e outros atores representantes de anseios da região amazônica têm demandado das políticas federais que considerem as particularidades deste território, em especial nas conferências nacionais de saúde e nas conferências nacionais setoriais. Estas particularidades incluem os elementos citados por Lima et al. (2016, p. 288), no que se tem caracterizado como “*fator amazônico*”:

(a) grandes distâncias; (b) curso dos rios como única opção de acesso; (c) variações climáticas expressivas, às vezes impedindo o acesso a determinadas localidades durante vários meses do ano; (d) obstáculos físicos naturais (corredeiras, selva impenetrável); (e) ocorrência de doenças transmissíveis não controladas, que justifica a necessidade de tratamento diferenciado para as questões locais, na área da saúde e em outras.

No caso da APS/AB, e já no contexto das mudanças em questão, Garnelo (2019) também destaca algumas particularidades, citando para o caso da capitação ponderada proposta pelo PPB:

Para além da fratura do princípio da universalidade que orientou a criação do SUS, tal medida representa um grave prejuízo numa região em que a aglomeração populacional nas maiores cidades coexiste com baixas coberturas assistenciais, o que é sinônimo de um menor número de cadastrados, em contraponto à população efetivamente residente que não pôde ser cadastrada em função do reduzido número de equipes multiprofissionais atuantes. Para as populações rurais amazônicas o prejuízo

ainda é mais dramático, pois a baixa densidade demográfica (...) resulta em pequeno número de cadastrados, cujo acesso demanda um custo operacional elevado devido às citadas distâncias geográficas. Tal cenário tende a exacerbar a insuficiência do custeio das ações de sistemas municipais de saúde cronicamente fragilizados e com dificuldade em manter coberturas assistenciais adequadas (GARNELO, 2019, p. 2-3).

Importante destacar, em atenção ao ponto criticado por Garnelo (2019), que o PPB contempla mecanismos que têm por objetivo mitigar os prejuízos a que municípios de característica não urbana estão sujeitos face ao critério de capitação ponderada. Há uma escala de pesos considerada no cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada com base na tipologia rural-urbana atribuída pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aos municípios. Essa tipologia classifica os municípios em urbanos, com peso 1, intermediários adjacentes, com peso 1,45, rurais adjacentes, com peso 1,45, intermediários remotos, com peso 2 e rurais remotos, também com peso 2, sendo estes pesos multiplicados pelo quantitativo da população cadastrada no cálculo do valor repassado. Como afirmam Kadri *et al.* (2019, p. 4), essa metodologia do IBGE, adotada em 2017, procura considerar a complexidade de estabelecer classificação para os mais de 5 mil municípios do país, ao adotar um padrão não binário. Ainda assim, a leitura dos atores locais sobre as necessidades de seus territórios são fundamentais para qualificar as informações de forma a que as classificações mais adequadamente reflitam as múltiplas realidades locorregionais. Mas apontam o cuidado da PNAB, a partir de 2011, “*de denominar de Saúde Ribeirinha aquelas ações voltadas especificamente para o contexto amazônico e pantaneiro, entendendo que a ‘ruralidade’ nesse espaço é peculiar*”. Ainda assim, Melo *et al.* (2019, p. 140) alertam que essa tipologia:

não contempla de modo satisfatório a diversidade de situações existentes e as especificidades regionais e, particularmente, as diferenças de acessibilidade das populações aos serviços de saúde. Além disso, a tipologia de municípios do IBGE utilizada para definir grupos de municípios e respectivas metas de cobertura por equipe não foi criada para esse propósito (medir acessibilidade aos serviços de saúde) e pode gerar distorções, dada a heterogeneidade inter e intramunicipal.

É, assim, no contexto de uma região de saúde localizada no território amazônico que pretendemos analisar o processo de implantação das mudanças do modelo de financiamento da APS/AB ocorridos a partir de 2017. Para isso, nosso foco incidirá sobre a Região de Saúde Metropolitana I do estado do Pará (METRO I), composta de cinco municípios: Belém, Ana-

nindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará, sendo os quatro primeiros de tipologia urbana, e o último de tipologia rural adjacente. A escolha por esta região justifica-se por suas características de metropolização, sendo a principal referência nesse sentido no estado; por ser a que concentra a maior população paraense (aproximadamente 35% de toda a população estadual reside na METRO I); por concentrar a principal estrutura de Rede de Atenção à Saúde do Pará; pela diversidade de contextos sociais e econômicos que abrange, incluindo zonas urbanas e rurais, municípios de grande e pequeno porte, regiões bem servidas de infraestrutura e territórios de difícil acesso, como ilhas e locais acessíveis apenas por meio fluvial, além de populações ribeirinhas, quilombolas, indígenas, entre outras; pela maior facilidade de acesso ao arquivo documental do I Centro Regional de Saúde (I CRS), onde se concentra toda a documentação referente à Comissão Intergestores Regional (CIR) METRO I, o que se torna um fator importante para a viabilização da pesquisa.

Ao analisarmos a implantação das mudanças recentes no modelo de financiamento da APS/AB, pretendemos contribuir tanto para a compreensão dos impactos da PNAB de 2017 e do PPB em um território específico, o da METRO I, quanto para o entendimento da forma como as demandas e as necessidades locais de saúde se expressam no âmbito da gestão municipal e regional frente à lógica indutiva das políticas federais, em particular a política de APS/AB do SUS. Essa discussão relaciona-se diretamente com o papel do primeiro autor deste trabalho enquanto apoiador institucional do MS no estado, tendo atuado entre agosto de 2019 e março de 2023 no Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Pará (SEINP/SEMS/PA), justamente em um lugar intermediário entre as áreas técnicas do MS, formuladoras das políticas de abrangência nacional, e as instâncias locais de gestão do SUS, em especial a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Pará (COSEMS/PA), como instância representante da gestão municipal no estado, e as instâncias de controle social.

Desse modo, este estudo faz a seguinte interrogação: Quais os efeitos da mudança do modelo de financiamento da APS/AB na METRO I, a partir da PNAB de 2017 e do PPB, da perspectiva dos atores locais diretamente envolvidos no processo? O objetivo do trabalho é o de analisar o processo de implantação da mudança do modelo de financiamento da APS/AB, na Região Metropolitana I do estado do Pará, a partir da PNAB de 2017 e do PPB, considerando o contexto local da gestão e do controle social do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, baseado na análise documental. O problema da pesquisa foi abordado por meio de um estudo de caso parece-nos uma estratégia oportuna por se tratar de uma abordagem que focaliza acontecimentos complexos e contemporâneos, adequada a um recorte geográfico específico (YIN, 2001), neste caso, o território de uma região de saúde do estado do Pará, constituída de cinco municípios (Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará), em um período determinado (2017 a 2021).

Buscou-se abordar a implantação das mudanças na política de APS/AB, a partir de 2017, sob uma perspectiva que privilegia a experiência dos municípios que conformam a METRO I. Não é objeto desta pesquisa quantificar os impactos financeiros dessas mudanças na região de abrangência do estudo. Trata-se, portanto, de analisar esse processo a partir de uma abordagem qualitativa, baseada na análise de documentos públicos relacionados à gestão da saúde e da APS/AB na região selecionada. A pesquisa qualitativa, como conceituada por Minayo (2012, p. 626), busca, de certa forma, *“tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade”*. Assim, ainda que o objeto deste estudo não possa ser traduzido por dados quantificáveis, há o esforço de *“produção de uma análise o mais possível sistemática e aprofundada e que minimize as incursões do subjetivismo, do achismo e do espontaneísmo”*.

Municípios, naturalmente, são territórios complexos que abrangem pontos de vista muito diversos e conflitantes entre si, não podendo ser entendidos como agentes unívocos. O tipo de documento analisado nesta pesquisa, incluindo Planos Municipais de Saúde (PMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG), resoluções, entre outros, acaba por privilegiar a perspectiva da gestão municipal da saúde, representada pelas cinco secretarias municipais de saúde que conformam a METRO I, captando ainda algo do ponto de vista de trabalhadores, usuários do SUS e outros atores ao incluir documentos como os relatórios das conferências municipais e estadual de saúde.

A análise documental proposta baseia-se nas etapas metodológicas apresentadas por Cellard (2008). Para este autor, a análise documental é composta de duas etapas, sendo a primeira a análise preliminar, e a segunda a análise propriamente dita.

A primeira etapa, também entendida como uma avaliação crítica do documento a ser analisado, se aplica em cinco dimensões: um *“exame do contexto*

social global, no qual foi produzido o documento e no qual mergulhava seu autor e aqueles a quem ele foi destinado”; uma compreensão sobre quem é ou quem são os autores do(s) documento(s), inclusive se “esse indivíduo fala em nome próprio, ou em nome de um grupo social, de uma instituição”; uma análise da autenticidade e da confiabilidade do texto; uma compreensão da natureza do texto e das particularidades que esta natureza acarreta quanto à transposição das intenções dos autores para o documento; e finalmente os conceitos-chave e a lógica interna do texto, “segundo o contexto preciso em que eles são empregados” (CELLARD, 2008, p. 299-303). Os principais elementos evidenciados, nessa etapa, foram apresentados no quadro 1.

Segundo Cellard (2008), a segunda etapa da análise documental corresponde à análise aprofundada do conteúdo em si do(s) documento(s), cuja leitura deve ser confrontada e apoiada, por sua vez, com a análise dos outros materiais que compõem o corpus documental da pesquisa, realizando aproximações, comparações, buscando similitudes, relações e diferenças que permitam produzir um entendimento original e confiável sobre o contexto que se pretende estudar. De modo a evitar uma leitura e interpretações enviesadas dos documentos analisados, entende-se ser preferível não partir de um arcabouço teórico definido a priori, buscando definir, a partir da análise do material e da realidade em questão, eixos temáticos explicativos que ajudem a dar sentido aos achados da pesquisa (CELLARD, 2008). Os achados da pesquisa foram apresentados através de dois eixos temáticos, definidos a posteriori, conforme o método de Cellard (2008).

A análise documental proposta para o estudo abrange o seguinte conjunto de documentos: documentos jurídico-legais e normativos, em especial portarias do MS relacionadas à revisão da PNAB e ao PPB; atas das reuniões da CIR METRO I; PMS e RAG dos cinco municípios da METRO I; relatórios das conferências estadual e municipais de saúde.

Com relação às portarias do MS, embora os principais objetos de análise da pesquisa tenham sido as portarias GM/MS de nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a revisão da PNAB, e de nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o PPB, foram também consultadas, de forma complementar, outras normativas relacionadas à APS/AB publicadas no período, como a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (BRASIL, 2019b); a Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, que institui a equipe de Atenção Primária (eAP) (BRASIL, 2019c); a Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do PPB (BRASIL, 2019d); a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), publi-

cação do Ministério da Saúde de 18 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2020a); a Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019, que trata do quantitativo de eSF e equipes de Saúde Bucal (eSB) (BRASIL, 2019e); e a Nota Técnica nº 3, de 27 de janeiro de 2020, que trata da descontinuidade do credenciamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2020b). Também foram consultadas as resoluções da CIR METRO I.

Embora todos os documentos considerados para esta pesquisa sejam de natureza oficial e pública, poucos estão disponíveis em meio digital e de fácil acesso para consulta. À exceção das resoluções da CIR e das portarias do MS, publicadas no Diário Oficial do Estado (DOE) e no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), respectivamente, parte da documentação precisou ser oficialmente solicitada aos municípios e instituições, ou consultada de forma presencial, no caso das atas de reuniões da CIR, na sede da 1ª Regional de Saúde da SESP, localizada em Belém.

Os PMS, quando disponíveis, foram acessados por meio do sistema Digis Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Apenas Belém e Marituba haviam disponibilizado a íntegra de seus PMS do período de 2018-2021 no DGMP até a conclusão da pesquisa. Ananindeua, Benevides e Santa Bárbara inseriram no sistema apenas o conjunto das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), parte componente dos PMS, que também foi consultada. Às secretarias de saúde destes três municípios foi feita a solicitação de envio dos PMS por meio dos endereços eletrônicos oficiais disponibilizados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), porém até a finalização do trabalho nenhum destes documentos nos foi enviado. Os RAGs também foram acessados por meio do DGMP. Estavam disponíveis, no sistema, os RAGs correspondentes aos anos de 2017, 2018 e 2019 dos municípios de Ananindeua, Belém, Benevides e Marituba. Apenas Santa Bárbara não havia disponibilizado nenhum RAG no sistema, e, também não retornou à solicitação por endereço eletrônico.

Com relação aos relatórios das Conferências Municipais de Saúde, todos foram solicitados aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) dos cinco municípios, também por meio dos endereços eletrônicos disponíveis na base de dados do SIOPS. Apenas o CMS de Belém enviou o relatório completo correspondente à Conferência de 2019, a última realizada. O CMS de Marituba enviou uma versão resumida do relatório, contendo apenas a síntese das propostas aprovadas pela Conferência. O CMS de Ananindeua informou que a última Conferência realizada no município até o momento havia sido a de 2015. O CMS de Santa Bárbara informou que a última Conferência realizada no município ocorrera em agosto de 2017, tendo em 2019 apenas realizado uma Plenária que definiu os delegados eleitos para representação na Conferência

Estadual de Saúde daquele mesmo ano. O CMS de Benevides informou que realizou a Conferência em 2019, mas até a finalização do trabalho não havia nos enviado o documento. O Relatório da Conferência Estadual de Saúde do Pará foi encaminhado por e-mail pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

Quanto às atas das reuniões da CIR METRO I, foram analisadas aquelas que estavam disponíveis para consulta no arquivo físico de sua sede. Nem todas as atas correspondentes às reuniões realizadas no período estavam disponíveis, de modo que alguns registros não puderam ser localizados. Foram consultadas e analisadas, ao todo, 17 atas, correspondentes às reuniões realizadas nos seguintes meses: fevereiro, março, abril e setembro de 2017; fevereiro, março, maio, junho, agosto, setembro e novembro de 2018; fevereiro, maio, setembro, outubro e dezembro de 2019; e fevereiro de 2020. Importante destacar que após a reunião de fevereiro de 2020, com o início da pandemia de Covid-19, houve uma interrupção nas reuniões da CIR, que apenas foram retomadas em julho de 2021, mas até a conclusão da pesquisa não tivemos acesso a esta última ata.

Optou-se pela seleção deste corpus documental por proporcionar um conjunto abrangente da perspectiva dos municípios da região analisada pelo estudo, compreendendo documentos que representam diversas etapas do ciclo de gestão, incluindo o planejamento municipal (PMS), o controle social (relatórios das conferências) e a avaliação (RAG), bem como o espaço propriamente regional de discussão da gestão da saúde, por meio das atas e resoluções da CIR.

Para a análise empreendida nesta pesquisa e para o conjunto de documentos citado no item anterior, foi considerado o período compreendido entre a publicação da Portaria GM/MS nº 2.436, em 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), até setembro de 2021. Justifica-se este recorte temporal por compreender o período em que se deram as mudanças na política de APS/AB do SUS analisadas pelo presente estudo, incluindo a PNAB e o PPB, bem como do desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Economia da Saúde. Este estudo dispensou a apreciação ética, visto que se utilizou informações de acesso público, respeitando assim diretrizes e normas conforme preconizado na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

Resultados e Discussão

O quadro 1 sintetiza os principais elementos identificados, na primeira etapa da análise do corpus da pesquisa, em conformidade com as cinco dimensões analíticas de Cellard (2008).

Quadro 1. Dimensões dos principais documentos oficiais do estudo, 2021.

PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Aprova a revisão PNAB para a organização da APS/AB no SUS. - Contexto de crise política e econômica, marcado pela destituição da presidenta Dilma Rousseff. - Discussão de revisão da PNAB influenciada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). - Críticas dos órgãos do controle social e entidades da sociedade civil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria assinada pelo ministro da saúde de Michel Temer, Ricardo Barros. - Engenheiro e empresário, com carreira política construída no estado do Paraná. - Indicação para o MS, por Michel Temer, motivada por arranjos político-partidários da composição de seu governo. - Documento chancelado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). 	<ul style="list-style-type: none"> - Norma legal publicada no Diário Oficial da União (DOU). 	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria ministerial, documento de caráter normativo infralegal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior autonomia às gestões locais na composição das equipes. - Incentivo financeiro para custeio da eAP, que flexibiliza carga horária do médico e não exige ACS. - Diferenciação entre padrões "essenciais" e "ampliados" para as ações e serviços de atenção básica. - Incorpora alguns conceitos relacionados ao desenvolvimento do SUS em anos recentes, como as Redes de Atenção à Saúde e a Regionalização.
PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Portaria GM/MS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Institui o novo modelo de financiamento de custeio da APS/AB no SUS. - Publicada no primeiro ano da gestão de Mandetta do Governo Bolsonaro. - Construção iniciada no governo Temer em 2017. - Momento histórico de transição política entre os governos liderados pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e governo neoliberal das políticas sociais de austeridade. - Período político considerado pelos críticos para o SUS e políticas sociais. - Recebeu críticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quanto pouca participação social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assinada pelo ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta. - Médico, com carreira política construída no estado do Mato Grosso do Sul, e experiência anterior na gestão municipal do SUS, como secretário de saúde de Campo Grande/MS. - Grande associação deste programa com o então secretário de APS/AB, Erno Harzheim. - Documento chancelado pela CIT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Norma legal publicada no DOU. 	<ul style="list-style-type: none"> - Portaria ministerial, documento de caráter normativo infralegal. 	<ul style="list-style-type: none"> - O novo modelo de financiamento passa a ser constituído por três dimensões: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. - O desempenho relaciona-se com a produção de cada equipe de APS/AB, aferida em metas e indicadores. - Mecanismos de financiamento valorizam a presença de médicos e enfermeiros nas equipes. - Ênfase na cobertura universal, e não no sistema universal.

PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Atas das reuniões da CIR METRO I (2017-2020)	<p>- O estado do Pará tem seu território dividido em 13 regiões de saúde, a cada uma delas correspondendo uma CIR. A CIR METRO I engloba cinco municípios: Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará.</p> <p>- A CIR METRO I se organiza em reuniões mensais, que envolvem os secretários de saúde dos cinco municípios, técnicos do estado e participantes do COSEMS/PA,</p> <p>- Foram localizadas quatro atas de 2017, sete atas de 2018, cinco atas de 2019 e uma ata de 2020.</p>	<p>- As atas das reuniões analisadas foram redigidas pela secretária executiva da CIR.</p> <p>- As atas são assinadas por presidente e secretária executiva da CIR.</p>	<p>- As atas foram obtidas por meio de consulta presencial ao arquivo da CIR MI, que se localiza em prédio da SESPÁ em Belém.</p> <p>- A secretária executiva informou que todas as atas que se encontram arquivadas foram prévia e oficialmente aprovadas pelos membros da CIR.</p> <p>- As aprovações são sempre realizadas por meio de consulta aos gestores presentes, no início da reunião subsequente.</p>	<p>- De maneira geral, as atas registram principalmente as apresentações realizadas conforme a pauta definida para cada reunião, não havendo muitos registros detalhados de intervenções pontuais, como debates, questionamentos, dúvidas, comentários etc. realizados pelos participantes.</p>	<p>- Alguns temas foram mais recorrentes no período analisado: Programação Pactuada Integrada (PPI); educação permanente em saúde; APS/AB; imunização e cobertura vacinal; redes de atenção (sobretudo a Rede de Urgência e Emergência e a saúde materno-infantil); vigilância em saúde; e questões referentes à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).</p> <p>- Encontram-se argumentos de justificativa em defesa da criação do PPB e sugestões para os municípios sobre efeitos financeiros da mudança,</p>
PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
PMS dos municípios da Região de Saúde METRO I	<p>Trata-se do principal instrumento de gestão de planejamento em saúde no âmbito municipal do SUS, de periodicidade quadrienal, que serve de base para o planejamento orçamentário dos municípios no domínio da saúde e orienta as programações anuais de saúde. Também é com base nos PMS que os gestores devem realizar a prestação de contas, por meio dos RAG.</p> <p>- Apenas Belém e Marituba disponibilizaram o PMS completo no DGMP até o fechamento da pesquisa. Ananindeua, Benevides e Santa Bárbara inseriram apenas a Matriz DOMI no DGMP.</p> <p>- Os PMS de Ananindeua, Benevides e Santa Bárbara foram apresentados e aprovados pelos respectivos CMS.</p>	<p>- O autor principal do PMS, oficialmente, é o secretário municipal de saúde, amparado por sua equipe técnica, em especial pela área técnica da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelas ações de planejamento em saúde. No caso específico dos PMS integralmente analisados, a elaboração esteve a cargo do Núcleo Setorial de Planejamento (NUSP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), com a colaboração de outras áreas técnicas, e da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Marituba (SESAU), respectivamente.</p> <p>- Os PMS vigentes à época eram os do quadriênio 2018-2021, elaborados pelas equipes dos prefeitos eleitos no pleito municipal de 2016, cujos mandatos iniciaram em janeiro de 2017.</p>	<p>- Os PMS foram extraídos do DGMP.</p> <p>- O fato de terem sido disponibilizados no sistema pelas próprias secretarias municipais de saúde, por meio de acesso realizado com senha privativa do gestor, confere aos documentos garantia de autenticidade oficial.</p>	<p>- O PMS é, quanto a sua natureza, um documento técnico-político. É um instrumento de gestão, que traz uma direção política associada ao projeto vitorioso no processo eleitoral, mas apresentado como documento técnico e elaborado por uma equipe técnica, debruçada sobre dados, num processo de análise da situação de saúde atual do município e de sua região.</p>	<p>- A estrutura dos PMS analisados constitui-se de três partes principais: análise situacional do município (avaliação da disponibilidade de serviços, equipamentos e recursos da saúde no território, panorama socioeconômico e perfil epidemiológico); definição, a partir da análise prévia, dos problemas prioritários para a gestão</p> <p>- Destacam a importância da APS/AB na organização do sistema, na necessidade de ampliação da cobertura entendida como insuficiente.</p> <p>- Indicam o alto custo para municípios em saúde</p> <p>- A fixação dos profissionais e, dificuldades de acesso à internet nas unidades de saúde.</p> <p>- Quanto à Matriz DOMI, os cinco municípios apresentaram basicamente as mesmas necessidades.</p>

PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
RAG dos municípios da Região de Saúde METRO I	<p>- O RAG é o principal instrumento de prestação de contas dos gestores da saúde. Deve ser publicado anualmente, e enviado ao Conselho de Saúde para apreciação, podendo o Conselho aprovar ou não a prestação de contas da Secretaria de Saúde.</p> <p>- Foram analisados ao todo doze RAGs, correspondentes aos anos de 2018, 2019 e 2020, dos municípios de Ananindeua, Belém, Benevides e Marituba. Apenas o município de Santa Bárbara não havia apresentado nenhum RAG no DGMP.</p>	<p>- O RAG é assinado pelo secretário municipal de saúde, sendo elaborado por sua equipe técnica.</p> <p>- Os RAGs não possuem campo específico destinado à inserção de dados sobre a equipe técnica responsável pela sua elaboração.</p>	<p>- Os Relatórios foram extraídos do DGMP.</p> <p>- O fato de terem sido disponibilizados no sistema pelas próprias secretarias municipais de saúde, por meio de acesso realizado com senha privativa do gestor, confere aos documentos garantia de autenticidade oficial. Ademais, os RAGs, na versão analisada, foram oficialmente encaminhados aos respectivos Conselhos Municipais de Saúde, para apreciação.</p>	<p>- O RAG é, quanto a sua natureza, um documento técnico-político. É um instrumento de gestão, que traz uma análise da atuação da secretaria de saúde no período do ano anterior.</p> <p>- Trata-se de uma análise de situação construída em referência ao planejamento realizado pelo ente para o período, por meio da Programação Anual de Saúde (PAS) e do PMS.</p>	<p>- Recomendações de ampliação da cobertura de APS/AB, sendo que em Belém e Marituba. Benefícios com 100% de cobertura de APS/AB e ESF, recomendou-se a ampliação da cobertura de saúde bucal.</p> <p>- O RAG 2019 de Benevides recomenda fortalecer indicadores do PPB.</p> <p>- Ananindeua destacou no RAG 2019 que mesmo com cobertura de APS/AB de 86,64% precisa melhorar indicadores.</p> <p>- Belém refere a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a implantação de equipes de ESF e de NASF. Sugere implantação de Unidade Básica Fluvial (UBSF).</p> <p>- Os RAGs de 2020 de Ananindeua e Marituba trazem o impacto da pandemia de Covid-19.</p>
PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Relatório da Conferência Municipal de Saúde de Belém.	<p>- Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Belém, realizada nos dias de 12 e 13 de abril de 2019, tendo como tema "Democracia e saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS", e os eixos:</p> <p>1. Democracia e a Participação Social na Saúde; 2. Saúde como Direito; 3. Consolidação dos Princípios do SUS, e 4. Financiamento adequado e suficiente para o SUS;</p> <p>- A Conferência de Belém apresentou como objetivos a aprovação de propostas, a eleição de delegados para a conferência estadual e das novas entidades que comporão o CMS no biênio seguinte.</p> <p>- A Conferência foi precedida por 10 plenárias pré-conferência, que registraram, segundo o Relatório, "a maior participação já registrada nos últimos 14 anos, com 2.712 participantes, com uma Pré-Conferência inédita na Ilha de Cotijuba".</p>	<p>- O relatório foi elaborado por uma Comissão de Formulação e Relatoria, de composição paritária (50% de representantes de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores).</p> <p>- A organização da Conferência contou com três comissões paritárias (Organizadora, Formulação e Relatoria e Informação, Comunicação e Mobilização) e uma equipe de apoio.</p> <p>- 265 participantes inscritos, sendo 188 delegados (90 representantes de usuários, 50 representantes de trabalhadores e 48 representantes do segmento de gestores/prestadores/entidades científicas). Participaram também 32 conselheiros municipais, 15 convidados e 30 participantes livres da sociedade civil.</p>	<p>- O relatório foi solicitado por meio eletrônico diretamente ao CMS, por meio do endereço de e-mail disponível no SIOPS. O pedido foi respondido pelo presidente do CMS, que enviou o arquivo em anexo, em formato pdf.</p> <p>- Embora se trate de um documento público, que deveria registrar um processo de ampliação da participação popular na gestão da política de saúde pública, não é possível encontrar uma versão eletrônica do relatório disponível na internet.</p>	<p>- Trata-se de um relatório que tem como finalidade registrar alguns dos aspectos, considerados mais importantes, da Conferência Municipal de Saúde realizada, com destaque para as propostas e moções aprovadas e os delegados eleitos.</p>	<p>- Total de 20 propostas aprovadas, cinco para cada eixo.</p> <p>- Dez propostas guardam relação direta com questões da APS/AB.</p> <p>- Sete moções aprovadas, das quais duas tratam diretamente da APS/AB, e outras três tratam de questões relacionadas à APS/AB e ao financiamento do SUS.</p> <p>- Do Eixo II, "Saúde como Direito", três das cinco propostas aprovadas tratam da ESF.</p> <p>- Do Eixo IV, sobre o financiamento do SUS, destacamos propostas que abordam as demandas por contrapartida estadual com a inclusão do chamado Fator Amazônico.</p> <p>- Há uma moção de repúdio à PNAB/2017, que "descharacteriza o trabalho da Atenção Primária e se descompromete com a expansão da Estratégia Saúde da Família.</p> <p>- Outras moções apontam para "intenções privatistas de enfraquecer as políticas sociais", em especial a saúde, bem como apelam pela revogação da EC 95/2016.</p>

PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Relatório da Conferência Municipal de Saúde de Marituba	<p>- Relatório da 11ª Conferência Municipal de Saúde de Marituba, realizada nos dias 04 e 05 de abril de 2019, tendo como tema central "Democracia e saúde: saúde com direito e consolidação e financiamento do SUS" e os eixos: 1. Democracia e a Participação Social na Saúde; 2. Saúde como Direito; 3. Consolidação dos Princípios do SUS, e 4. Financiamento adequado e suficiente para o SUS.</p>	<p>- Consta no documento apenas a realização da Conferência pelo CMS de Marituba e o nome de seu Coordenador Geral.</p>	<p>- O relatório foi solicitado por meio eletrônico diretamente ao CMS. O documento encaminhado pelo CMS não é a versão completa do relatório, mas um resumo em que constam apenas as propostas aprovadas.</p> <p>- O documento se encontra em arquivo não protegido de formato .docx, sem assinaturas, ocasionando ressalvas quanto à autenticidade.</p>	<p>- Trata-se de um documento com apresentação resumida do relatório da Conferência Municipal de Saúde realizada, registrando apenas as propostas aprovadas.</p>	<p>- Total de 28 propostas, sendo 12 do eixo 1, quatro do eixo 2, quatro do eixo 3, cinco do eixo 4, e outras três propostas referentes à construção do "1º Seminário #JaneiroRoxo: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hanseníase".</p> <p>- Cinco propostas tratam diretamente de temas relacionados à APS/AB, sendo três delas sobre aspectos relacionados à atuação dos ACS e agente de combate às endemias (ACE). Outras duas propostas tratam do financiamento da APS/AB, incluindo uma proposta, no eixo 2, que reivindica recontagem da população municipal para efeitos de reajuste dos valores repassados no âmbito do PAB fixo, com o objetivo de ampliação da cobertura de APS/AB e ESF.</p>
PRINCIPAIS DOCUMENTOS OFICIAIS	CONTEXTO	AUTOR OU AUTORES	AUTENTICIDADE E CONFIABILIDADE DO TEXTO	NATUREZA DO TEXTO	CONCEITOS-CHAVE E LÓGICA INTERNA DO TEXTO
Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará	<p>- Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em Belém, capital do Pará, nos dias 13 e 14 de junho de 2019.</p> <p>- O contexto da EC 95/16 é abordado pela Conferência como "uma grande ação em defesa do SUS e da democracia", explicitando as ameaças tanto ao SUS como à própria democracia no país.</p> <p>- Antecedida por 129 conferências municipais ou plenárias de saúde (de um total de 144 municípios), que designaram delegados e indicaram proposições.</p> <p>- Dos 129 municípios que realizaram conferências ou plenárias municipais, 12 não compareceram, resultando num número total de 117 municípios representados.</p>	<p>- Relatório assinado por uma Comissão de Relatoria, diretamente vinculada ao CES, formada por quatro membros, sendo três representantes de diferentes movimentos sociais, incluindo dois sindicatos, e uma representante da SESPA.</p> <p>- O público envolveu 648 delegados, sendo 149 representantes da gestão (23%), 191 representantes dos trabalhadores da saúde (29,5%) e 308 representantes dos usuários do SUS (47,5%).</p> <p>- Além dos delegados, participaram 101 convidados, seis palestrantes, 10 autoridades, 39 ouvintes, 36 pessoas oferecendo apoio técnico e 185 que ficaram registrados sob a categoria "outros".</p>	<p>- Embora se trate de um documento público que pretende registrar um processo de ampliação da participação popular na gestão da política da saúde, não foi possível encontrar uma versão digital do Relatório disponível para consulta na internet.</p> <p>- Relatório enviado por e-mail pelo secretário executivo do CES, em arquivo não protegido de formato .docx, sem assinaturas ou indicação de aprovação oficial, ocasionando ressalvas quanto à autenticidade.</p>	<p>- Trata-se de um relatório que tem como finalidade registrar alguns dos aspectos, considerados mais importantes, da Conferência Estadual de Saúde realizada, com destaque para as propostas aprovadas e os delegados eleitos.</p>	<p>- Várias propostas encaminhadas à Conferência Nacional de Saúde, enfatizam a demanda por um "fator amazônico" nas políticas nacionais de saúde.</p> <p>- Foi proposto a revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2017 – Federal".</p> <p>- Foram propostas ainda a defesa da ESF, do papel dos ACS e dos NASF; priorização da equidade em saúde; necessidades específicas de populações ribeirinhas, quilombolas e rurais, com ênfase na promoção do acesso vias fluviais; ampliação dos repasses correspondentes à população municipal, considerando a correção da variação populacional e a consideração das especificidades populacionais de cada território.</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na segunda etapa de análise do corpus da pesquisa emergiram dois eixos centrais na discussão sobre as mudanças nacionais na política de APS/AB na região em questão. O primeiro diz respeito ao papel do financiamento federal no SUS, e seus efeitos de centralização e indução da política de saúde. Nesse sentido, os documentos analisados apontam para elementos e/ou efeitos relacionados ao papel indutor do nível federal sobre os níveis estadual e municipal, e eventualmente do nível estadual sobre o nível municipal, sobretudo por meio dos mecanismos de financiamento e definição de metas. O segundo eixo é o que envolve o contexto e os desafios da APS/AB no Pará, envolvendo elementos e/ou efeitos relacionados à implementação das políticas de APS/AB no nível regional e municipal. Aqui são evidenciadas questões como o fator amazônico, as necessidades locais e a autonomia da gestão local.

Centralização e indução: o papel do financiamento federal no SUS

O papel da indução financeira do MS na implementação das políticas de saúde nos estados, e especialmente nos municípios, é um aspecto importante do debate sobre as políticas de APS/AB no Brasil. A forma como está desenhada a relação interfederativa no país e o peso dos recursos federais no financiamento do SUS, dos quais a maior parte dos municípios são fortemente dependentes, faz com que prevaleça nos diversos territórios a adesão relativamente homogênea (a despeito da enorme disparidade de necessidades e de capacidade de implantação de serviços entre os 5.570 municípios brasileiros) às políticas e programas definidos em âmbito nacional.

Segundo Casanova *et al.* (2018, p. 3176), a atuação do MS em regiões de saúde da Amazônia legal (Alto Solimões no estado do Amazonas e região metropolitana de Belém no estado do Pará) mantém-se em uma lógica de coordenação hierárquica, desconsiderando os seguintes aspectos na definição de prioridades, prazos e condições: *“a capacidade de análise e definição dos estados, a infraestrutura existente e a disponibilidade para a execução, com pouca margem para readequação pelos municípios e estados”*.

Mendes, Carnut e Guerra (2018) entendem que há desde a NOB 96 um incremento do poder indutivo do governo federal nas políticas de saúde, com destaque para a APS/AB, e que esse processo tende a enfraquecer e tornar mais restrita a radicalidade deste nível de atenção. Embora estes autores apontem para a pouca resistência contrária a esse modelo de financiamento, outros autores, como Morosini, Fonseca e Baptista (2020), identificam pelo menos em alguns de seus aspectos um importante ponto de tensão entre os níveis federal e municipal.

Esse tensionamento, mesmo quando não explicitado pelos gestores, envolve não apenas disputas de modelo e de desenho das políticas, mas aparece também em demandas associadas à restrição de recursos, evidenciando a relação de dependência que se estabelece entre os entes. Segundo Mori (2019, p. 37), essa relação de dependência é uma consequência dos programas que envolvem indução financeira do governo federal, “*submetendo os municípios à condição em que o governo federal acumula forte capacidade indutora de suas políticas*”. Documentos do corpus da pesquisa como os PMS, ilustrados nos fragmentos abaixo, apontam para a enorme importância desses recursos transferidos pelo MS, ao mesmo tempo em que reafirmam sua insuficiência diante das complexas necessidades e desafios nos territórios.

Avaliando-se a progressão de recursos do Bloco da Atenção Básica no período de 2013 a 2016 identificou-se um aumento expressivo no volume de recursos da ordem de 155%. Esse crescimento ocorreu fundamentalmente no aumento do aporte de recursos por parte do governo federal e municipal, sendo que este último passou de pouco mais de R\$ 8.000.000,00 ao ano em 2014, para quase R\$ 70.000.000,00 ao ano em 2016 (Plano Municipal de Saúde de Belém, 2018-2021, p. 62).

Acreditamos que a saúde vista como um bem social e de construção coletiva necessita de formas concretas de financiamento, com alocação proporcional de mais recursos também por parte das esferas estadual e federal para atenção básica, pilar de sustentação de todo o Sistema Único de Saúde (Plano Municipal de Saúde de Marituba, 2018-2021, p. 88).

Uma das polêmicas relacionadas às mudanças recentes no modelo de financiamento da APS/AB diz respeito justamente à perda, por parte dos municípios, da garantia de uma parte do repasse condicionada apenas ao seu quantitativo populacional, o PAB Fixo, com maior margem para utilização pelos gestores de acordo com as necessidades do território. Com isso, o fim do PAB Fixo e a adoção de um modelo de financiamento baseado na capitação ponderada trouxeram a possibilidade de redução dos valores repassados pelo FNS aos municípios. O corpus da pesquisa não permite extrair muitas informações referentes aos impactos desta medida na região de saúde em questão, tampouco reações dos atores envolvidos sobre esta mudança. Contudo, destaca-se nas Conferências propostas que visam não apenas a manutenção do PAB Fixo, mas o incremento destes recursos, incluindo a demanda oriunda da Conferência de Marituba (fragmento abaixo) para que a população do município fosse recenseada, de modo a adequar os valores repassados ao número real de pessoas no território.

Eixo 2 [...] Proposta 3 [...]. Recontar o índice Populacional pelo IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] para o Município de Marituba, para que haja ampliação da rede de saúde da Atenção Básica e Estratégias Saúde da Famílias (Resumo do Relatório da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Marituba, 2019, p. 2).

Se o debate nas Conferências indica uma tendência de constituição de resistência à mudança da lógica de remuneração pelo quantitativo populacional, numa perspectiva universalista, para o modelo da capitação ponderada, a apresentação do PPB na reunião da CIR sugere uma recepção diferente com relação ao novo modelo de financiamento por parte dos atores que compõem este espaço. É importante destacar que coube à SESPA, por meio de sua Diretoria de Atenção Primária, fazer a apresentação das mudanças na política de APS/AB para os gestores municipais no âmbito da região de saúde. Tanto a apresentação da revisão da PNAB, que ocorreu em fevereiro de 2018, quanto a do PPB, dois anos depois, foram realizadas por representantes do estado (fragmentos abaixo).

[Representante do estado] trouxe para a exposição alguns pontos de avanço e retrocesso da Política Nacional de Atenção Básica, PNAB/2017 em substituição à Portaria 2.488/2011 [...] EAB: Equipe de Atenção Básica; ACE [Agente de Combate às Endemias]; Membro da ESF/EAB [Estratégia de Saúde da Família/ Equipe de Atenção Básica]; ACS [Agente Comunitário de Saúde]: um para cada 750 – hoje depende da necessidade e do perfil epidemiológico (Ata da reunião da CIR MI de fevereiro de 2018, p. 2).

Com a nova modalidade de financiamento [...] representantes das três esferas de governo pactuaram e resolveram que este é o melhor modelo para o financiamento da Atenção Primária no Brasil e esse modelo foi baseado em vários estudos internacionais de países que representam o CDOC [Coordenação-Geral de Controle Interno], principalmente o Reino Unido, tendo este país [...] um modelo muito parecido com o que hoje está vigente no Brasil (Ata da reunião da CIR MI de fevereiro de 2020, p. 6).

Embora essas apresentações tenham envolvido ponderações com relação às necessidades locais e principalmente sobre os desafios que os municípios viriam a enfrentar para se adequar às mudanças, de maneira geral seguiram pelo caminho de adesão às justificativas do MS para sua implementação, até por se tratar de políticas referendadas pelos representantes dos três níveis de gestão na CIT. Chama a atenção, contudo, que a apresentação do PPB na CIR tenha dado destaque à inspiração do programa no modelo inglês, com ênfase em uma suposta similaridade entre este e o SUS, o que é especialmente questionável quando se compara o sistema de saúde britânico e suas necessidades com o contexto amazônico.

Quanto ao horizonte de possível redução dos valores repassados pelo governo federal para a APS/AB aos municípios, com a mudança de um modelo baseado numa lógica universalista para um de remuneração por capitação, destaque-se que coincide com um momento em que já se observa um substancial aumento da participação municipal do financiamento da APS/AB. Este é um aspecto destacado no corpus da pesquisa, em especial os instrumentos de gestão dos municípios, que apontam para o peso do aumento de participação nas contas municipais.

Com relação a esse processo, Mendes, Carnut e Guerra (2018) ponderam que, apesar do crescimento da fatia dos recursos próprios dos municípios no bolo do financiamento do SUS, não tem ocorrido diminuição do papel exercido pelo MS na determinação da política de saúde. Em contraste com esse aumento do orçamento municipal para a APS/AB – onerando principalmente as contas municipais –, permanece um grande desafio, sobretudo à expansão da cobertura: a fixação de profissionais de saúde, particularmente médicos. Este é outro ponto evidenciado no corpus da pesquisa, principalmente nos PMS, em especial daqueles municípios que apresentam piores índices de cobertura de APS/AB, como é o caso de Belém (fragmento abaixo).

O monitoramento dos indicadores de Saúde, segundo rol de prioridades da Pactuação Interfederativa 2017 a 2021 do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde [SESMA] para o ano de 2019 [...] onde se observa que a cobertura da Atenção Básica foi de 37,80% da população, o que corresponde a redução de 6,0% em relação ao ano anterior, o que se verifica a alta rotatividade de profissionais de saúde na Rede Básica (Relatório Anual de Gestão de Belém, 2019, p. 27).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam a importância do problema da fixação de médicos nas equipes em muitos municípios brasileiros como um desafio persistente. Mori (2019) aponta para a importância da questão da remuneração profissional no contexto de formulação da PNAB, em 2017. O autor contextualiza como um dos principais motivos para a revisão da Política, a dificuldade dos municípios de garantir a carga horária mínima dos médicos nas equipes de ESF e o piso salarial dos ACS, agravada pelo contexto de crise econômica e pelas políticas de austeridade implementadas em âmbito nacional. Assim, segundo Mori (2019, p. 82), são os gestores municipais os principais propositores e defensores da revisão da PNAB, “o que nos leva a crer que o seu conteúdo minimamente dialoga com as demandas concretas dos desafios colocados para a gestão da APS, especialmente na esfera municipal”. A escolha por mecanismos que flexibilizam as diretrizes para composição das equipes na PNAB de 2017 teria se dado, portanto, como uma escolha desses gestores “diante do contexto de restrição financeira, das dificuldades no

provimento de médicos e da gestão e regulamentação do trabalho da categoria dos ACS e ACE”.

Atores críticos à revisão da PNAB, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e outros, apontam para uma possível consequência importante e perigosa da flexibilização da composição das equipes do ponto de vista do papel indutor da Política. Nesse sentido, uma maior flexibilidade aos municípios para comprar equipes de padrão inferior ao do modelo de ESF não implicaria em uma redução da centralização e da indução política por parte do MS, mas um deslocamento do objeto dessa indução. Assim,

[...]incorporar o chamado ‘modelo tradicional’ de organização de equipe como elegível para o recebimento de recursos caracterizaria o esvaziamento da indução no modelo baseado na ESF, assim como o estabelecimento de padrões essenciais e ampliados poderiam ser desvirtuados e facilmente transformados em padrões mínimos de ‘cestas básicas’, análogos à proposta de ‘Cobertura Universal de Saúde’, em uma visão seletiva e focalizada de APS (MORI, 2019, p. 37-38).

Nesse mesmo sentido, para Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 14):

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular.

Essas questões ensejaram fortes críticas à PNAB também no âmbito da METRO I, sobretudo nos espaços das Conferências de Saúde. A PNAB de 2017 foi objeto de uma moção de repúdio na 13ª Conferência Municipal de Saúde de Belém, e de uma proposta de “revisão” na 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará (fragmentos abaixo).

Moção 05 [...]. Nós, delegados e participantes da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Belém, vimos por meio desta, repudiar a “nova” Política Nacional de Atenção Básica [PNAB], instituída pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A “nova” política descaracteriza o trabalho da Atenção Primária e se descompromete com a expansão da Estratégia Saúde da Família. Ela retira a referência de cobertura universal e de 100% em todo território (Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Belém, 2019, p. 19).

Eixo 1 [...] Proposta para a Nacional 05 [...]. Rever a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/2017 (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 12).

Ainda que esta segunda se apresente mais inespecífica na sua formulação, surge complementada por outras propostas aprovadas na Conferência (fragmentos abaixo) que parecem indicar seu sentido, ao reafirmar o lugar da ESF como ordenadora do cuidado na APS/AB, reivindicar o aumento de sua cobertura e a garantia da lógica multiprofissional na composição das eSF, propondo inclusive a ampliação de sua composição mínima, frente às decisões que encaminharam maior flexibilidade no desenho das equipes.

Eixo 3 [...] Proposta 36 [...]. Garantir que a Estratégia de Saúde da Família seja ordenadora da Atenção Básica no SUS (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 29).

Eixo 3 [...] Proposta 56 [...]. Ampliar a composição mínima da ESF na Política Nacional de Atenção Básica [PNAB] para incluir as categorias de Psicólogos e Assistentes Sociais afim de Garantir o Princípio da integralidade da assistência na porta de entrada prioritária do SUS (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 31).

Eixo 3 [...] Proposta 73 [...]. Garantir a implantação e a implementação nos municípios dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família – NASF (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 32).

Este último aspecto aponta para uma contradição, também no nível local, entre as demandas dos gestores municipais, expressas tanto nos instrumentos de planejamento como nas reuniões da CIR, e as demandas dos demais atores representados nas Conferências de Saúde, como usuários e trabalhadores.

É importante destacar que o PPB, sobretudo após a publicação da Nota Técnica nº 3/2020 do Departamento de Saúde da Família, encerra a política de estímulo à implantação nos municípios dos NASF, dispositivo criado pelo MS em 2008 e que se constituiu como a principal estratégia nacional para constituição de um modelo efetivamente multidisciplinar de atenção no âmbito da ESF (BRASIL, 2020b). As propostas apresentadas nas Conferências apontam para uma valorização no nível local do papel dos NASF e de outros trabalhadores da saúde junto às eSF, como psicólogos e assistentes sociais. Para Melo *et al.* (2019, p. 139)

...a exclusão dos incentivos voltados para os Nasf parece incidir também sobre o caráter multiprofissional da ESF, que tinha nes-

ses profissionais a complementariedade de saberes e práticas, a partir do apoio matricial e atuação clínica compartilhada, visando ampliar a resolutividade e capacidade de cuidado da APS.

No caso específico de Belém, a capital estadual com o terceiro pior índice de cobertura de APS/AB e de ESF no Brasil, à frente apenas de Macapá e Maceió, segundo dados do e-Gestor AB de agosto de 2022 (BRASIL, 2022a), a mudança no modelo de financiamento pode servir como um catalizador da necessidade de expansão da cobertura, motivada pela necessidade de garantir recursos. A demanda por ampliação da cobertura está bastante documentada, tanto nos PMS e RAG quanto nos relatórios de Conferências, mas a ata da reunião da CIR de fevereiro de 2020 (fragmento abaixo), em que foi apresentado o PPB, aponta para a estratégia de requalificação de equipes que não se enquadravam em nenhum dos modelos financiáveis, com ampliação da carga horária.

Então, no caso da realidade da Metropolitana I, os municípios maiores como Belém, Ananindeua, que ainda têm equipes tradicionais – as UMS [Unidade Municipal de Saúde], no caso – não entram nos parâmetros de cadastro, no caso teria que transformar essas equipes, consideradas tradicionais, em equipe de atenção primária, explica. A diferença delas para as da saúde da família é a carga horária, 20 e 30 hs, dependendo da tipologia, então a orientação é transformar as equipes mais tradicionais em equipes de atenção primária de saúde para terem um “plus” no pagamento e para essa população poder ser cadastrada no sistema (Ata da reunião da CIR MI de fevereiro de 2020, p. 6).

A sugestão, contudo, ao passo em que indica um movimento fortemente induzido pela política de financiamento federal, dá pistas de como de fato o novo modelo pode induzir não a expansão da ESF, mas outros arranjos e composições de APS/AB nos territórios, privilegiando o modelo de eAB, cujos parâmetros de carga horária são mais fáceis de atingir, sendo um caminho mais simples para o alcance de cobertura, numa lógica muito mais associada ao acesso a recursos financeiros do que à qualificação dos serviços oferecidos à população.

Ainda no caso de Belém, essa relação tensa entre o papel indutor das políticas nacionais e as necessidades específicas dos municípios se dá nos esforços da Secretaria Municipal de Saúde para ampliar o número de equipes de Consultório na Rua (eCR). Como demonstra a ata da reunião da CIR de junho de 2018 (fragmento abaixo), existe pelo menos desde 2014, uma demanda pela habilitação de três equipes de eCR no município.

[...] em 2014 houve a solicitação da constituição no município de 03 equipes de Consultório de Rua [...] ao Ministério da Saúde, o qual, considerando o critério de contingente populacional previsto em portaria do MS naquela oportunidade, autorizou a liberação de recursos para a implementação de apenas 01 equipe [...] o Ministério da Saúde solicitou um projeto de acordo com a especificidade regional, justificando essa realidade, para que ele reavaliasse. Em 2015, já houve a expectativa de que a demanda de mais dois consultórios de rua fosse atendida, sem obter o êxito esperado. Três anos depois, novamente a demanda está sendo pleiteada. O 1º CRS apoiou o Município no sentido de encaminhar esse processo ao MS baseado na Lei Maior (Nova Política de Atenção Básica, que foi modificada e tem abrangência maior em relação à realidade territorial) [...]. A nova lei da Atenção Básica amplia o conceito de critério populacional possibilitando a aprovação da liberação de recursos para a demanda pretendida (Ata da reunião da CIR MI de junho de 2018, p. 1-2).

Essa demanda, contudo, esbarra nos parâmetros estabelecidos pelo MS e instituídos nas portarias que normatizam o financiamento dessa modalidade de equipe. Com as mudanças instituídas pela PNAB em 2017, há por parte dos membros da CIR o entendimento de que se abre uma nova possibilidade de reforço do pleito junto ao MS. Entendemos, contudo, que as mudanças caminham na direção de uma maior flexibilidade, sobretudo quanto à ampliação do quantitativo populacional atendido por uma mesma equipe, e não no sentido contrário, embora esta seja uma demanda a ser analisada caso a caso pela área técnica responsável no MS.

Outro aspecto a ser considerado é o que diz respeito às metas e indicadores definidos pelos municípios da região METRO I que serviram de base à construção dos PMS e, por conseguinte, dos RAG. Chama bastante atenção a homogeneidade desses indicadores entre os PMS dos cinco municípios analisados, por sua vez bastante similares também ao Plano Estadual de Saúde (PES). Todos esses indicadores advêm de documentos de base nacional, sem que seja contemplada qualquer especificidade local em sua definição. As diretrizes, objetivos, metas e indicadores dos Planos de Saúde analisados são extraídas de três documentos: o Plano Nacional de Saúde (PNS) do quadriênio de 2016-2019, a Resolução CIT nº 08, de 24 de novembro de 2016 (que trata das prioridades nacionais em saúde definidas no âmbito da pactuação interfederativa de indicadores de 2017 a 2021) e o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) de 2013 a 2015, no âmbito do COAP.

Construídos em 2017, para a vigência no período de 2018 a 2021, os PMS não contemplam indicadores que pareçam ter sido diretamente influenciados

pela PNAB de 2017, e naturalmente ignoram os indicadores definidos no âmbito do PPB, para efeitos do cálculo do financiamento por análise de desempenho, publicados apenas em 2019. Mas nos parece significativo que no conjunto de indicadores definidos nos PMS e no PES, cuja quantidade varia entre 40 e 50 indicadores por Plano, apenas dois deles apresentem convergência com os sete indicadores definidos pela portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, no contexto do PPB, quais sejam, a cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente e a cobertura de exame citopatológico (BRASIL, 2019d). Apenas o município de Benevides, no RAG de 2019, aponta como recomendação para o ano seguinte o fortalecimento dos indicadores do PPB. Em 2021, os municípios encontravam-se em fase de elaboração dos próximos PMS, com vigência no período de 2022-2025. Seria interessante observar se os novos PMS contemplaram os indicadores do PPB, e de que forma. Por outro lado, destaca-se que o PES vigente, correspondente ao período de 2020-2023, elaborado no ano de 2019, ainda não havia incorporado esses indicadores.

Fator amazônico, necessidades locais e autonomia da gestão local: contexto e desafios da APS/AB no Pará

Em contraposição à centralização do papel de indução das políticas pelo MS, o corpus da pesquisa aponta também para uma discussão importante no âmbito da implementação do SUS nos diversos territórios, que diz respeito à demanda por maior autonomia local na proposição de políticas e iniciativas que atendam às necessidades locais, sobretudo face às especificidades do contexto amazônico. Essa questão aparece recorrentemente em arenas regionais e nacionais de debate sobre o SUS, incluindo as Conferências de Saúde dos três níveis e reivindicações de gestores estaduais e municipais junto ao MS, e, são frequentemente traduzidas, quando envolvem a região, na demanda pela consideração de um fator amazônico no cálculo dos valores repassados no âmbito das políticas de financiamento. Observa-se essa demanda local nos fragmentos abaixo:

Eixo 04 [...] Proposta 31 [...]. Aumento de recursos financeiros para manutenção das equipes de saúde da família em 100% do repasse federal “FATOR AMAZÔNICO” (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 39, grifo do autor).

Eixo IV [...] Proposta 2 [...]. Recomposição dos tetos da atenção básica, da média e alta complexidade do município de Belém, com a inclusão do Fator amazônico, revisão da Emenda Constitucional 95/2016 e revisão dos valores da tabela SUS (Relatório da 13ª Conferência Municipal de Saúde de Belém, 2019, p. 16).

Garnelo (2019, p. 1-3) aponta para uma série de elementos relacionados ao contexto amazônico que ocasionam implicações relevantes para a implementação de políticas públicas, como por exemplo: *“oferta insuficiente de serviços públicos”, “dificuldades de infraestrutura, em particular comunicação e transportes”, “modelo econômico predominante [que] se caracteriza pela exploração predatória dos recursos naturais, não raro efetuada de modo ilegal”*, incluindo grandes empreendimentos como barragens, projetos de mineração e do agronegócio, que poucos benefícios trazem aos moradores das regiões onde se instalam, as grandes distâncias geográficas e uma enorme parcela da população que é integralmente dependente do SUS no âmbito da saúde, exposta de forma *“intensa e recorrente a agentes infecciosos”*, além da *“falta de acesso à habitação de qualidade e saneamento”*. A autora discute como, contudo, as especificidades amazônicas são frequentemente usadas no contexto das políticas públicas muito mais como justificativas ante a resultados insuficientes do que como questões a serem abordadas de forma profunda e criativa no planejamento público.

Esse contraste de abordagens sobre as particularidades regionais aparece em distintos momentos das reuniões da CIR. Na reunião de fevereiro de 2019 (fragmento abaixo), as especificidades regionais são instadas a serem utilizadas na análise e resolutividade dos problemas da saúde pública estadual, o que não se verificou de modo contundente nos instrumentos de planejamento analisados, salvo por comentários pontuais.

[...] destacou em sua apresentação a importância em dar mais atenção às especificidades regionais tais como geografia, hidrografia, realidade socioeconômica, entre as de maior destaque, e a utilização destas últimas na análise e, conseqüentemente, resolutividade dos problemas da Saúde Pública Estadual, pois segundo a mesma, a estatística, que considera “números frios”, sempre trabalha contra a efetiva solução dos problemas de saúde que atingem a maioria da população ao negligenciar os aspectos ou especificidades regionais anteriormente mencionados (Ata da reunião da CIR MI de fevereiro de 2019, p. 2, grifo do autor).

Nessa mesma reunião, a relação entre as necessidades regionais e as políticas nacionais e estaduais é colocada em termos de uma oposição entre o local e o “lá de cima”, de onde emanam formulações políticas desconectadas dos problemas do território (fragmento abaixo).

[...] destacou o papel da CIR MI como uma instância de políticas de Saúde das mais importantes e que precisa ser valorizada cada vez mais para evitar que “lá de cima” se coloquem coisas nos municípios sem a devida anuência daqueles que vivenciam

os problemas (Ata da reunião da CIR MI de fevereiro de 2019, p. 3, grifo do autor).

Por outro lado, em junho de 2018 (fragmento abaixo), a baixa cobertura vacinal é relacionada com duas características da região, a saber: dificuldade de garantir atendimento a ribeirinhos e quilombolas em seus locais de origem e número insuficiente de profissionais de saúde.

A técnica da Vigilância Sanitária mencionou ainda durante sua exposição mais alguns problemas que interferem na meta de alcance da cobertura vacinal verificados durante as campanhas na área de abrangência do 1º CRS [Centro Regional de Saúde], a saber:– Áreas ribeirinhas e quilombolas com baixa cobertura vacinal não são atendidas nos seus locais de origem; – Número insuficiente de trabalhadores da saúde nas salas de vacinação (Ata da reunião da CIR MI de junho de 2018, p. 3).

Outra dificuldade apontada é a de acesso à internet nas unidades de saúde, em especial naquelas mais distantes dos centros urbanos. Essa restrição, de natureza infraestrutural, pode ter efeitos diretos no âmbito do PPB, por acarretar atrasos tanto no processo de cadastramento como no monitoramento de indicadores, já que dificulta o acesso das UBS aos sistemas de informação do SUS.

Ocorrem ainda dificuldades de acesso à internet em algumas unidades de saúde por inviabilidade nas áreas mais distante dos distritos de Belém, equipe técnica insuficiente em relação aos serviços demandantes da Rede de Saúde (Plano Municipal de Saúde de Belém, 2018-2021, p. 77).

A questão do acesso às populações não urbanas, em especial ribeirinhos, aparece em várias das propostas elencadas na Conferência Estadual de Saúde (fragmento abaixo).

Eixo 3 [...] Proposta 39 [...]. Garantir ações de saúde móvel de atendimento aos moradores da zona rural e ribeirinhas de difícil acesso (Relatório da 13ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, 2019, p. 30).

Nesse sentido, destaca-se que a PNAB, já desde a versão de 2011, e com ainda maior ênfase na de 2017, propõe alguns arranjos específicos voltados para a atenção a essas populações na Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, como é o caso das UBSF e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), elencados no componente de “incentivos às ações específicas e estratégicas”. No corpus da pesquisa identificou-se que essas estratégias

foram reivindicadas pelos gestores nos seguintes momentos: nas Resoluções CIR nº 07 e nº 10, de 06 de junho de 2018, que aprovaram, respectivamente, o Projeto de mudança de tipologia de ESFR da localidade de Tayassui, em Benevides, e o Projeto de credenciamento de ESFR no bairro do Curuçambá, em Ananindeua; e no RAG de 2020 de Belém, que lista como recomendação para o ano seguinte, entre outras, a implantação de UBSF. Segundo dados de novembro de 2022 extraídos do e-Gestor AB, Ananindeua recebe recursos de custeio referentes a uma eSFR, Belém recebe recursos de custeio referentes a cinco eSFR e Benevides recebe recursos de custeio referentes a uma eSFR. Nenhum dos municípios da CIR MI possui, até o momento, UBSF credenciada e homologada pelo MS (BRASIL, 2022b).

Kadri *et al.* (2019, p. 3) analisam uma experiência de implementação de UBSF no município de Borba, no estado do Amazonas, e trazem contribuições importantes ao debate. Ao considerar a experiência da UBSF de Borba em contraste com o modelo proposto pela PNAB para as UBSF, os autores demonstram como *“a Amazônia é um desses territórios cujas experiências locais podem promover aperfeiçoamento do SUS”*. Nesse sentido, é importante considerar como muitas das políticas do SUS tiveram suas origens em experiências locais exitosas, inicialmente em estados e municípios, quase sempre de forma autônoma, sem apoio financeiro do governo federal, como foi com as experiências que inspiraram o modelo de ACS em Sobral, no Ceará, e Camaragibe, em Pernambuco, e a experiência dos médicos de família em Niterói, no estado do Rio de Janeiro (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018). A própria UBSF é um exemplo disso, e Kadri *et al.* (2019) indicam justamente uma iniciativa paraense, o navio-hospital Abaré, em Santarém, como inspiração do modelo atual preconizado pela PNAB. Assim, a experiência da UBSF de Borba, uma das primeiras financiadas pelo MS, tem sido importante para a promoção de ajustes e adequações no modelo da política nacional, em um exemplo bem-sucedido de relação entre os dois níveis.

Ainda com relação a essas estratégias de qualificação do acesso às populações ribeirinhas, Garnelo (2019) faz uma análise importante sobre como a inclusão desses modelos na PNAB consolida o reconhecimento oficial, pela política nacional, de iniciativas originalmente locais, que já se encontravam em curso em algumas regiões amazônicas antes dessa oficialização. Este exemplo é emblemático quanto às possibilidades de construção e proposição de soluções por parte dos atores locais frente aos desafios e necessidades de cada território. Ao oficializar essas iniciativas na PNAB, o MS passa a garantir também parte do custeio de manutenção destas unidades e equipes. Mas há efeitos mais complexos desse processo de oficialização, como por exemplo:

A habitual indução de ações mediante oferta de financiamento pelo Governo Federal foi bem recebida por sistemas municipais de saúde, muitos dos quais arcavam integralmente com o custeio de unidades móveis fluviais já implantadas antes de 2011. Entretanto, a insuficiência do repasse e a necessidade de prover adaptações ao fluxo assistencial e à organização de rotinas persistem, em paralelo à necessidade de instituir procedimentos avaliativos capazes de aquilatar a efetividade de um modelo itinerante de assistência. Processos avaliativos das UBSF poderão contribuir para aprimorar a qualidade e a resolutividade de um modelo assistencial que tem o mérito de ampliar a cobertura em vazios assistenciais, e amenizar o ônus dos usuários na busca de acessar cuidados de saúde (GARNELO, 2019, p. 2).

Outro aspecto a ser destacado com relação a essas estratégias é que, como afirmam Mendes e Carnut (2020, p. 202-203), elas atuam no “reforço das ações restritas à prestação direta de serviços”. Dessa forma, “mesmo considerando a importância de algumas dessas ações, restringe-se, mais uma vez, às ações individuais de prevenção e de promoção, esquecendo-se das mais potentes, que são as ações de vigilância em saúde nos territórios”. Esse aspecto vai ao encontro do diagnóstico realizado por Viana *et al.* (2007, p. 129), para quem tende a haver um padrão nas políticas de saúde nacionais em que “predominam estratégias homogêneas para todo o território nacional ou a proposição de recortes regionais com base somente na disponibilidade de serviços de saúde”. Nesse sentido, corre-se novamente o risco de promover políticas seletivas de APS/AB, nesse caso, por exemplo, estruturadas em torno de visitas esporádicas a comunidades distantes, com longos intervalos entre as ações de cuidado, centradas na prevenção e na promoção da saúde. Assim, novamente, nos parece oportuna a avaliação de Garneleto:

Por outro lado, iniciativas como a criação das Unidades Móveis Fluviais por meio da PNAB repetem o padrão de políticas excessivamente genéricas, produzidas no âmbito federal de gestão, que ignoram as limitações de escopo das iniciativas que preconizam, justamente porque minimizam as profundas diferenças sociopolíticas, econômicas, geográficas e sanitárias de uma realidade como a amazônica. Não se imagina aqui que uma política de abrangência nacional possa se deter sobre minúcias de cada realidade. Entretanto, os modos como se exerce o poder de normatizar não deixa, ao plano local dos sistemas estaduais e municipais de saúde, espaço para redimensionar ou adaptar tais determinações às características e necessidades locais (GARNELO, 2019, p. 2).

Kadri *et al.* (2019, p. 5) ainda ponderam que o modelo da UBSF proposto na PNAB “promove um cuidado preventivo e longitudinal, centrado na família

e com um conjunto de ações básicas de serviços” em oposição a um “modelo campanhista de assistência, de caráter individual e curativo”, característico das experiências prévias. Para os autores, a experiência de Borba “revela como a ação pública pode (e deve!) abandonar o discurso da ausência e do ‘é muito complexo’ ao considerar o rio não como uma barreira, mas, de fato, como uma via pela qual o Estado Brasileiro se faz presente no cotidiano das pessoas” (p. 6). Este modelo de atenção, portanto, “traz o desafio da diversidade social e cultural, e requer que os trabalhadores dialoguem com a cultura e os costumes do lugar, promovendo a invenção de processos de trabalho que respondam aos desafios colocados pela realidade” (p. 11).

Nesse contexto, chama a atenção como a discussão sobre as necessidades locais relacionadas ao fator amazônico, tão presente nas Conferências de Saúde da região, quase sempre termina na demanda por soluções de correção financeira dos repasses já realizados no âmbito das políticas de APS/AB. Esse tipo de demanda parece pouco fugir à lógica indutiva de financiamento das políticas de saúde, já que não incide sobre sua estrutura. Um aspecto que se relaciona com os limites desse modelo induzido “de cima pra baixo” de implantação da política, em que a persecução de metas que garantam o acesso a recursos federais pode vir a sobrepor-se ao enfrentamento dos problemas e necessidades específicos do território, pode ser entrevisto na análise realizada pela equipe de Ananindeua no RAG de 2019 (fragmento abaixo), quando ponderam que a despeito de alcançar uma cobertura expressiva de APS/AB no município, de 86,64% da população (a segunda maior da região, já que Belém possui 100% de cobertura), persistem condições graves que deveriam ser resolvidas neste nível de atenção.

Apesar da considerável cobertura de atenção básica, 86,64% da população, permanecem ainda com a necessidade de implementação de ações efetivas, a mortalidade prematura pelo conjunto das 4 principais DCNT [Doenças Crônicas Não Transmissíveis], cobertura de vacinação dos menores de 2 anos [...] prevenção do câncer de colo de útero e mama, prevenção de gravidez na adolescência, incentivo ao parto normal, redução de óbitos maternos, acompanhamento do Programa Bolsa Família e controle da dengue (Relatório Anual de Gestão de Ananindeua, 2019, p. 29).

Ao mesmo tempo, as mudanças nas políticas também podem incidir na direção contrária à de processos e demandas em curso nos territórios. Tanto as propostas aprovadas nas Conferências de Saúde, como nos PMS, apontam para uma aposta local na importância de estratégias multidisciplinares como o NASF, agora suprimido da PNAB de 2017.

Para Garnelo (2019, p. 3), o enfrentamento aos problemas próprios da saúde na Amazônia requer *“intervenções complexas, alternativas econômicas sustentáveis, ampliação do financiamento à saúde e um denso aprimoramento dos modelos assistenciais e rotinas organizacionais capazes de melhorar o desempenho da atenção primária na região”*. Para Viana et al. (2007, p. 129), a discussão passa pela *“necessidade de uma política regional para o conjunto da Amazônia”*, mas também *“de várias políticas regionais, dentro dessa região, que articulem estratégias para o desenvolvimento, a proteção social e a saúde”*. Destaca-se, nesse sentido, que já ocorreu, entre 2003 e 2005, uma iniciativa do MS pela construção de um Plano de Saúde para a Amazônia Legal, no contexto do Plano Amazônia Sustentável, uma política regional que tinha entre seus objetivos promover o desenvolvimento sustentável e o enfrentamento às desigualdades sociais.

A *“limitada operacionalização do Plano Amazônia Sustentável”*, contudo, *“prejudicou o desenvolvimento de políticas de saúde de caráter regional”*. Para os autores, a *“precariedade da base de sustentação da política no Governo Federal foi tanto uma expressão como uma causa da baixa institucionalidade da política de saúde para a região”*. Ainda para os autores, *“características do federalismo brasileiro e do modelo de descentralização preponderante na esfera tributária e nas políticas públicas (em geral e na saúde)”*, associadas à *“limitada integração entre políticas públicas”*, são alguns dos entraves ao desenvolvimento de políticas regionais (VIANA et al., 2007, p. 120-123).

Considerações Finais

As mudanças no modelo de financiamento da política de APS/AB do SUS ainda não se encontravam plenamente implementadas, no período de conclusão da pesquisa (setembro de 2021), apesar de normatizadas. Ainda assim, a análise do corpus referente à organização política da saúde em uma região de saúde do estado do Pará permite algumas considerações sobre seus efeitos. Evidencia-se uma relação contraditória entre os níveis nacional e municipal/regional que opõe o papel indutor das políticas de financiamento do SUS *“de cima pra baixo”* e as necessidades locorregionais e demandas por autonomia no nível local.

Não se trata de relações chapadas e unidirecionais, mas de contradições bastante complexas, que envolvem um fluxo de atravessamentos entre os papéis de cada ente e suas capacidades de influenciar a arena de decisões políticas. Os gestores municipais têm papel central no jogo de forças que orienta as mudanças no desenho das políticas nacionais do SUS, ainda que os resultados desses arranjos tendam a repercutir nos territórios de forma

homogeneizada (se considerarmos a enorme diversidade territorial do país), sem muita margem para a construção de soluções inovadoras para os problemas próprios de cada região, sobretudo em um contexto de desfinanciamento da saúde. Ao mesmo tempo, parece haver pouco investimento das gestões locais na elaboração e no aprofundamento de análises e diagnósticos da situação de saúde que levem em consideração as características, necessidades e potencialidades locais.

É nesse contexto de contradições que a PNAB de 2017 e o PPB são recepcionados na região de saúde METRO I do estado do Pará. A essas contradições, por vezes conflituosas, soma-se um contexto de crise econômica, agravada do ponto de vista das políticas de saúde pela adoção de rigorosas medidas de arrocho fiscal e austeridade, com destaque para a EC 95/2016. Alguns elementos dos novos arranjos da política de APS/AB dialogam com necessidades do território, como a dificuldade para alcançar a composição mínima das equipes, com a carga horária necessária, de modo a ampliar a população coberta pelas equipes de APS/AB. Por outro lado, faltam indícios que apontem para uma ampliação qualificada dessa cobertura, especialmente se considerarmos os parâmetros da ESF como o padrão desejável em um modelo ampliado de APS/AB. Embora muitas das mudanças promovidas pela PNAB e o PPB apresentem como justificativa a necessidade de dar maior autonomia às gestões locais, a análise do corpus documental selecionado para este estudo não evidencia ganhos significativos relacionados a este objetivo.

Ademais, destaca-se no âmbito municipal e estadual uma tendência a que as mudanças no modelo de financiamento da política de APS/AB sejam recepcionados de forma muito diferente pelos gestores de saúde, por um lado, e pelos diversos atores sociais envolvidos nos espaços de participação comunitária e controle social, por outro. Essa contraposição, que no presente estudo se evidencia no contraste entre as atas de CIR, em que prevalece a perspectiva dos gestores, e nos relatórios de Conferências, em que há maior pluralidade de perspectivas, sendo 75% dos participantes representantes dos segmentos de usuários e trabalhadores, repete de certa forma o processo nacional de construção e recepção da PNAB de 2017 e do PPB. Essa arena de disputa que atravessa os três níveis da federação, com diversas nuances e particularidades em cada território, envolve muitos atores e agrega ainda mais complexidade ao processo de construção das políticas de saúde no Brasil.

Buscou-se com este trabalho contribuir para a ampliação do debate sobre o financiamento, a expansão e a qualificação da APS/AB no SUS, tanto no nível municipal como no âmbito regional, sobretudo em um momento em que o estado do Pará avança no processo de regionalização da saúde. Os resultados trazem elementos importantes para a discussão sobre a organização

da saúde, em especial da APS/AB, no contexto das relações interfederativas, buscando contribuir também para o trabalho do apoio institucional em saúde, ampliando o debate com os gestores, especialmente no espaço da CIR. Buscou-se, ainda, trazer mais elementos para a discussão do que vem sendo proposto como fator amazônico, com o cuidado de apresentar o problema sem desprezar as contradições e conflitos suscitados no jogo de forças não apenas entre os diferentes níveis federativos, mas também entre as distintas posições de atuação no SUS em cada território.

O estudo deparou com algumas limitações, que precisam ser consideradas ante os resultados apresentados. Embora documentos oficiais possam representar a memória institucional, permitindo a observação dos conceitos e das práticas dos sujeitos sociais em cena e dos acontecimentos pesquisados, consideramos que não foi possível captar e precisar, neste estudo, um panorama mais ampliado das perspectivas em disputa. Há que se colocar em contexto os documentos, com seus limites de natureza, autoria e confiabilidade, elementos para os quais a metodologia utilizada contribuiu.

Também evidenciamos que a pandemia pelo Sars-CoV-2, causador da Covid-19, provocou a descontinuidade de atividades da CIR METRO I, com a suspensão dos processos de discussão colegiada sobre os efeitos da mudança do modelo de financiamento da APS/AB e a prorrogação da implantação dos próprios mecanismos das portarias relacionadas ao PPB, sobretudo no que tange aos efeitos financeiros. A pandemia também teve impacto no cronograma de realização da pesquisa, devido às medidas restritivas impostas no âmbito estadual, dificultando ou impedindo visitas presenciais aos arquivos dos órgãos e entidades para consulta aos documentos não disponíveis para acesso por meio digital.

Em que pese as limitações, a pesquisa contribuiu para suscitar perguntas e indicar caminhos para novas investigações. Para a ampliação da compreensão do fenômeno ora investigado recomendamos o desenvolvimento de pesquisas de campo no âmbito da METRO I, envolvendo gestores, conselheiros, técnicos, trabalhadores, usuários e outros atores relacionados ao campo da APS/AB na região sobre o processo de efetiva implementação das mudanças no financiamento da APS/AB e seus efeitos.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, E. R. de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2018, v. 42, p. 1-8.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 26 de setembro de 2019, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 set. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019**. Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V (Transitória). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica nº 3, de 28 de janeiro de 2020**. Assunto: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 28 jan. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Saúde da Família**. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento da APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510/2016, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASANOVA, A. O. *et al.* Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, v. 23, n. 10, p. 3163-3177.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, p. 295-316, 2008.

FERREIRA, M. R. J.; MENDES, A. N. Mercantilização nas reformas dos sistemas de saúde alemão, francês e britânico. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, v. 23, n. 7, p. 2159-2170.

GARNELO, L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. 12, p. 1-4.

GERDTHAM, U. G.; JÖNSSON, B. International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Org.). **Handbook of Health Economics**. Amsterdam: Elsevier, v. 1, p. 11-53, 2000.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, 2019, v. 35, n. 3, e00012219.

HARZHEIM, E. “Previne brasil”: bases da reforma da atenção Primária à

saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 2020, v. 25, n. 4, p. 1189-1196.

KADRI, M. R. E. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], 2019, v. 23, e180613.

LIMA, R. T. S. *et al.* Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM, R. F. *et al.* (Org.). **Intensidade na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. Porto Alegre: Rede Unida, v. 2, p. 268-293, 2016.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2020, v. 25, n. 4, p. 1181-1188.

MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, 2019, v. 43, n. spe5, p. 137-144.

MENDES, A.; CARNUT, L. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, 2020, v. 57, p. 174-210.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 2018, v. 42, n. spe1, p. 224-243.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, 2012, v. 17, n. 3, p. 621-626.

MORI, A. Y. Análise da configuração da agenda de revisão da política nacional de atenção básica de 2017: contexto, problemas e alternativas. 2019. 124 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública**, 2020, v. 36, n. 8, e00040220.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, 2018, v. 42, n. 116, p. 11-24.

NEVES, R. G. *et al.* Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2018, v. 27, n. 3, p. 1-8.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

VIANA, A. L. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, 2007, v. 23, n. suppl 2, p. S117-S131.

CAPÍTULO 10:

Disputas, fragmentos e contradições: *excertos* narrativos acerca da Rede de Atenção Psicossocial no Amazonas

*Lucas Guimarães dos Santos
Enio de Souza Tavares
Breno de Oliveira Ferreira*

Introdução

A Saúde Mental (SM) desponta como ponto nevrálgico de disputas sociopolíticas comuns à crise da contemporaneidade. A política do neoliberalismo, pautada pela produção ininterrupta da vida, pela precarização do trabalho e pela vigilância constante dos corpos, adentra o século XXI sob a sombra de inúmeras disparidades sociais e de vulnerabilidades individuais e coletivas em saúde. De 1990 a 2010, os transtornos mentais responderam por cerca de um quarto dos anos perdidos por incapacidade no mundo, instalando o impasse da questão mental sobre o capitalismo produtivo (BARBOSA, 2019).

A alta comercialização de psicofármacos e a promessa da cura pelas mirabolantes receitas pseudocientíficas contiveram a ameaça posta pela incapacidade produtiva e fomentaram o poderio da indústria farmacêutica, do mercado privado de saúde e da lógica organizacional do trabalho. As forças de tensão progressistas e desestruturantes do século XX pós-guerra (reforma psiquiátrica, reformas sanitárias, contracultura, movimentos feministas, entre outros) impuseram um contraponto à hegemonia do capital, sob o prisma do acesso à cidadania e da autodeterminação dos povos, pleiteando o rompimento com a ciência psiquiátrica autoritária e a construção de uma rede universal de cuidado e produção de saúde.

O Amazonas, à luz das mudanças sistêmicas em curso no restante do país, formalizou a rede de cuidado em SM na virada do século XXI, aos parâmetros da autonomia, da territorialidade e da promoção de saúde após décadas de monopólio dos manicômios e da falta de disposição política dos legisladores. Porém, nada pareceu contornar definitivamente a morosidade da implantação da política de SM de maneira capilarizada pelo território do estado, dado, principalmente, os diferentes percalços e singularidades do sistema de saúde amazonense.

O caso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Amazonas, ou da própria política de SM, seguiu um caminho próprio e, em muitos pontos, diferente das outras experiências nacionais, tendo em vista a quase ausência de um mercado psiquiátrico privado - muito hegemônico em outros estados - e a singela independência do interior sobre a capital. Todas essas particularidades fazem da investigação da RAPS e da SM do Amazonas uma ferramenta útil de análise da história local e dos dilemas estruturantes que movimentam a rede para perto ou para longe dos compromissos ético-políticos com a sociedade.

Este ensaio teórico, portanto, localiza-se no campo da curiosidade, da investigação e da pactuação com a coisa pública ao propor a construção de um mosaico histórico, documental e descritivo da política de SM, encorpada pelo dispositivo da RAPS, sob o percurso narrativo de pesquisadores e cientistas, em sua maioria, da região amazônica. O que se tem produzido sobre a RAPS do Amazonas? O que essas produções nos comunicam sobre a rede? O que o estado da arte da RAPS nos diz sobre o estado de ser da RAPS? Nessa premissa ética, o que se segue busca aliar a história da reforma da saúde e da psiquiatria no Brasil com a história particular da saúde e da psiquiatria no Amazonas, a fim de subsidiar a compreensão dos cenários e excertos narrativos da RAPS dispostos em categorias temáticas adquiridas das experiências reais e vivas da literatura local disponível.

Ontem, hoje e amanhã: o retrato da Reforma Brasileira em Saúde Mental

A sustentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil conjecturou-se de intensas disputas político-econômicas tensionadas à luz da falência administrativa da década de 80, período crítico da Ditadura Militar, na esteira de reivindicações por uma pujante reordenação democrática. O acordo administrativo-fiscal do setor público com o privado na assistência à saúde atingia níveis de desidratação e ingerência política no que toca à capacidade de superar a desigualdade brasileira, e a grave crise do sistema previdenciária-

rio, provedor de seguros de saúde às diferentes categorias ocupacionais do mercado, impunha-se diante dos altos desvios de dinheiro em cooperativas com hospitais privados e da completa desassistência aos usuários despejados em alas psiquiátricas e manicômios superlotados (PAIM *et al.*, 2011; TENÓRIO, 2002). A tomada de decisão quanto às diretrizes gestoras da saúde se concentrava na mão de oligarquias políticas, distantes de quaisquer resquícios de participação popular e pautadas por um arregimentado acordo público-privado de transferência de recursos e de responsabilidade gerencial à dita 'indústria da loucura' (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002).

A fragmentação do sistema de saúde, a baixa cobertura da rede privada e a crise de financiamento pela previdência social produziram um afogamento generalizado na capacidade administrativa institucional, potencializada pela imponente recessão econômica da década de 80 - a 'década perdida' (PAIM *et al.*, 2011). O movimento das 'diretas já' e a redação da nova Constituição brasileira, em 1988, lançaram ao crivo dos gestores públicos propostas de políticas de saúde mais unificadas, contemporâneas e alinhadas ao modelo democrático reivindicado. A mobilização pela Reforma Sanitária (RS) do sistema e a instituição de um modelo público e universal tonificou a organização de movimentos de trabalhadores da saúde em coletivos e conferências nacionais e locais na reconstrução de um país tomado pelo individualismo da privatização e pelo descontrole das contas públicas (AMARANTE, 2007; PAIM *et al.*, 2011; TENÓRIO, 2002).

Com o imperativo da ordem sobre o cuidado e do lucro sobre a qualidade, os pacientes psiquiátricos eram despejados em asilos distantes das grandes cidades e submetidos ao açoite da ciência psiquiátrica. Denúncias de funcionários e técnicos sobre as condições insalubres de trabalho e do tratamento violento dispensado aos usuários nos Hospitais Psiquiátricos (HPs) capturaram a atenção da grande imprensa, da sociedade civil e das instituições, viabilizando o caminho para um debate público com vistas à reforma do sistema e à produção de uma nova engenharia do cuidado. A impulsão pela organização política dos trabalhadores da Saúde Mental (SM) em coletivos, em especial o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), à primeira vista, atendia ao papel pragmático de reivindicar por melhorias de condições de trabalho, ainda desprovida da crítica profunda à estrutura patologizante da assistência em SM. Entretanto, o reconhecimento da ineficácia dos HPs em atender a quaisquer projetos de cura ou ressocialização de pessoas em sofrimento psíquico, tal qual do papel institucional de tais métodos em produzir a piora dos quadros clínicos e a cronificação do usuário pelo isolamento e pela segregação (GOFFMAN, 2003), lançou o MTSM ao compromisso ético-político de romper com o paradigma psiquiátrico e a reivindicar frontalmente por uma "*sociedade sem manicômios*".

A cronologia das experiências de serviços substitutivos às instituições asilares, inspiradas fortemente pela Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) de Franco Basaglia, se deu de forma progressiva, sob parâmetros diversificados, primordialmente em metrópoles do Sudeste brasileiro. A psiquiatria basagliana, corrente reformista de alta proposição prática e de crescente adesão entre gestores reformistas à época, pautava-se pelo completo desmantelamento dos HPs e pela construção, em ritmo proporcional, de centros especializados, multiprofissionais e comunitários em saúde.

A psiquiatria democrática não abria margem para negociações ou concessões a modelos manicomiais de cuidado, muito menos à ideia da rede substitutiva como *'intermediária'* ou *'provisória'*. A manutenção de quaisquer exceções quanto à necessidade de manicômios, mesmo na contenção de quadros agudos próprios ao uso do 'poder psiquiátrico', já não mais seria concebível em uma perspectiva comunitária e emancipatória do cuidado em SM. O usuário projeta-se ao lugar de protagonista da construção do cuidado e de autor de enredos terapêuticos para além da nosologia e do diagnóstico.

No ano de 1989, na cidade de Santos, zona costeira de São Paulo, denúncias de maus tratos, mortes e abandono mobilizaram a intervenção e o desligamento da Casa de Saúde Anchieta, uma clínica privada e financiada pelo poder público, que há quarenta anos centralizava a absorção de toda a demanda de asilamento da região. A administração municipal ocupou o espaço e empreendeu de forma substitutiva a criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), uma rede então desvinculada dos hospitais e protótipo dos serviços substitutivos, com atendimentos 24h por dia, atividades em grupo, e consultas médicas e psicológicas (TENÓRIO, 2002).

Dois anos antes, em 1987, na cidade de São Paulo, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, como estratégia substitutiva ao serviço asilar. A Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo adotava paulatinamente uma política de redução de leitos psiquiátricos na medida em que investia em unidades de atendimento extra-hospitalares, como ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002).

A complexidade de quadros psíquicos severos, como a clínica da psicose, exigia um campo de cuidado igualmente complexificado e mobilizado na aposta de centros especializados, de assistência integral e terapêuticamente propositivos. Em Minas Gerais, quatro anos depois, no ano de 1991, os gestores da saúde apostaram no Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), na cidade de Belo Horizonte, como espaço não-hospitalar de cuidado e alternativa direta aos HPs no tratamento de pacientes graves. Todos

esses serviços incipientes apresentaram-se como propostas inovadoras de cuidado em SM, inscritos em um Brasil no alto de uma metamorfose política e no semeio de uma lógica de redes psicossociais que Amarante (2007, p. 69) definiria como sendo *“dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais [...] serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças”*.

A distribuição de experiências similares pelo Brasil não acompanhou necessariamente alguma consistência, mas exemplos comuns durante a urgência reformista da década de 80 chamam a atenção. São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Amazonas (do qual falaremos mais adiante) e Ceará somam experiências inovadoras de implementação de dispositivos substitutivos anteriores a uma consolidação definitiva da RP pelas vias institucionais, que viria anos depois na figura da Lei 10.216 de 2001, conhecida com a Lei da Reforma Psiquiátrica. A premissa da desativação gradual dos asilos psiquiátricos e da regulamentação das internações, previstas por esse instrumento legal, vinha acompanhada do compromisso irremediável de ativação e financiamento de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e de uma política nacional de SM territorializada. Tais políticas passam a ser legitimadas pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que ampliaria a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados – CAPS I, CAPS II e CAPS III – com base em critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas (CAPS AD) e infância e adolescência (CAPSi) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

No ano seguinte, 2003, uma política de desinstitucionalização e trato diferenciado aos egressos de Hospitais Psiquiátricos é pleiteada pela Lei nº 10.708, na forma da ativação do Serviço de Residências Terapêuticas (SRTs) e do programa de transferência de renda *“De Volta Para Casa”*, com o benefício da reabilitação psicossocial dos institucionalizados, somado à busca ativa de familiares e da comunidade original do usuário. Tais políticas organizam-se de forma consolidada e intermodal com a sanção da Lei Nº 3.088, de 2011, que prevê a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), distribuindo o serviço de SM entre Centros de Atenção Psicossociais, Serviços de Residências Terapêuticas, Consultórios de Rua, Centros de Convivência, Unidades de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial.

A fotografia da política de SM atualmente, sob diligência do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresenta um cenário de maior articulação interinstitucional do que em tempos passados das políticas de Estado para o campo. Dados apontam para um aumento significativo de unidades de referência dispostas pelo território brasileiro, de 295 CAPS e 85 SRTs no ano da promulgação da Lei 10.216, em 2001, para

2.209 CAPS e 289 SRTs em 2014, de acordo com o último documento de referências técnicas do Conselho Federal de Psicologia, publicado em 2022.

Para além do cuidado especializado, a RAPS abrange de forma estratégica e complementar o apoio referenciado do corpo profissional e equipamentos da Atenção Primária em Saúde, primordialmente no cuidado comunitário dos usuários, convocado pelas equipes da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). A composição de uma clínica ampliada e seguramente compartilhada, como preveem os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e da cartilha de diretrizes do SUS, orquestra uma rede imprescindivelmente inclinada à emancipação dos povos e à reconfiguração do conceito de saúde.

Apesar da tendência reformista do discurso político e da semântica das consolidações legislativas em SM, a imponência do mercado financeiro e a força da lógica neoliberal na sociedade brasileira, sobretudo em um cenário de subemprego e de alta concentração de renda, compelem os ideais coletivos/comunitários fundamentais da Reforma Psiquiátrica a caírem em contradições para além da disposição burocrática, mas, primordialmente, na esfera das disputas do desejo e da política. Costa e Faria (2021, p. 03), em um ensaio sobre a corrente conjuntura das políticas de SM e da RP brasileiras, elencam cinco grupos de desafios emergidos ao lado do avanço da pauta após os anos 90:

[...] durante os anos 1980/90 e 2000, associado às mudanças nos cenários econômico, político e social fora e dentro do país, cinco grandes grupos de desafios emergiram: (a) o corporativismo médico, sobretudo da psiquiatria biomédica, com grande influência política de grupos como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), junto do poderio das indústrias farmacêuticas e mercantilização na saúde; (b) a implantação do neoliberalismo a partir dos anos 1990, com processos de desregulamentação estatal, rentismo e financeirização, precarização e flexibilização no trabalho, perdas de direitos, dentre outros engendramentos, intensificando-se na atual conjuntura; (c) os dilemas da atenção à crise na SM, associados a moralismos e desafios na formação e estruturação dos dispositivos, e também à centralização nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), contribuindo para que outros serviços e níveis de atenção fossem desconsiderados ou não tivessem o dispêndio devido de atenção e fomento; (d) a “questão” das drogas, sua complexidade e vicissitudes e (e) a fragmentação da Luta Antimanicomial [...]. (COSTA E FÁRIA, 2021, p. 03).

O debate político retrocede substancialmente no fim de 2010, em meio à transição do governo Lula para o governo Dilma, especificamente no que

tange às discussões sobre política de drogas e redução de danos. Mesmo que dados epidemiológicos da época mostrassem o consumo de álcool como principal desafio de drogas no país, como mostra Guimarães e Rosa (2019), o apelo midiático sobre o crack impulsionou medidas políticas conservadoras frente aos muitos avanços da SM e RP.

Pelo Decreto 7.179 de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, implementado pelo programa “Crack: é possível vencer”, a direção política da questão promoveu um distanciamento da temática do domínio da SM e da Saúde Pública, balizando normativas e repasses orçamentários sob o domínio do campo da Justiça e do punitivismo penal. A guinada conservadora e reacionária do campo político brasileiro no ano de 2016, com a destituição do governo Dilma e a entrada do governo Temer, e a posterior ascensão da extrema-direita com a eleição de Jair Bolsonaro em 2018, direciona o país efetivamente a um bloqueio no avanço de pautas reformistas e da Luta Antimanicomial (LA), especialmente à luz da proliferação das Comunidades Terapêuticas (CT) - instituições religiosas de características manicomial e de segregação a serviço da mercantilização da saúde e cerceamento da liberdade -, que se reafirmam como estabelecimentos de saúde por meio da Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016.

Os avanços teórico-práticos da RP não podem ser negados, tendo em vista a repercussão da reforma no que tange à implementação de serviços substitutivos e ao incremento da questão no debate público. Todavia, Basaglia já apontava para a possibilidade da reedição das mesmas estruturas manicomial caso não se cumprisse com o rompimento definitivo dos paradigmas psiquiátricos. Castel (1978 apud RANGEL, 2008) afirma que o olhar supostamente visionário do novo século não implicou na transformação radical da instituição, mantendo o velho esqueleto sob a nova construção, e reiterando a armadilha de uma reforma apenas das aparências. Tal dilema nos convoca a refletir sobre o compromisso dos representantes da academia, legisladores e trabalhadores do serviço público com a transformação social. Quão dispostos estariam os arautos da verdade em expor os próprios manicômios pessoais?

O Amazonas “enlouquescente”: do código de postura aos Centros de Atenção Psicossociais

O registro da história do Amazonas é atravessado por sérios impasses estruturais referentes à preservação e à revitalização de documentos históricos, como afirma Galvão (2003, p. 15), ao lastimar que, de todos os abandonos, o mais grave é o dos arquivos públicos da cidade de Manaus. A falta de apropriação da história pela manutenção dos acervos públicos do Estado obstrui a in-

investigação da trajetória assistencial por entre as décadas e denuncia a ausência de compromisso das autoridades e instituições em apostar na preservação da cultura e do conhecimento. A situação física dos prédios dos arquivos “*encontrava-se em péssimas condições, com goteiras, infiltrações*” (GALVÃO, 2003, p. 16) quando do início da pesquisa do autor e, como justificativa para tal descaso, ele aponta “o narcisismo galopante” dos pesquisadores da região e a falta de disposição das autoridades (científicas e políticas) em fazer das palavras, ação.

A assistência à saúde se instalou no Amazonas ao espelho das primeiras instituições de saúde da Europa e de outros estados brasileiros, voltada para o recolhimento dos desafortunados e dos mais necessitados. No Amazonas, as Enfermarias Militares são apontadas como as primeiras instituições hospitalares, derivadas de iguais unidades estabelecidas no estado do Pará, e encarregadas de absorver toda a demanda crítica da região da moléstia de doenças infectocontagiosas e das epidemias generalizadas (GALVÃO, 2003). O processo de colonização da região amazônica expôs o território a um fluxo constante de migração, ordenado pela ocupação territorial e exploração da mão-de-obra e dos recursos naturais disponíveis. Tal fluxo desponta como responsável direto pela disseminação desenfreada de doenças - malária e varíola, principalmente - produzindo uma demanda sanitária represada à mercê da fragilidade assistencial.

No final do séc. XIX, a região atravessava uma mercantilização ferrenha em virtude do *boom* da economia da borracha. Novos empreendimentos arquitetônicos à imagem da estética europeia, novos modelos de vestimenta, importação de tecnologias de saúde e uma administração pública com vistas à atração de capital externo. O embelezamento da cidade, como descreve Sandra Pesavento (1999), na obra de Araújo (2017, p. 17), era um “*projeto político, que respondia às preocupações de um novo poder, o qual desejava afirmar a sua presença através de uma requalificação da paisagem*”.

A limpeza das áreas centrais firmava o papel político de vender uma cidade-modelo, longe das mazelas e distante dos distúrbios urbanos. A periferização da cidade era um método prático de manter a pobreza restrita aos subúrbios e distante dos grandes centros. A vigilância ordeira das ruas aparelhava o binômio sanitização-policiamento a fim de preservar o projeto político modernizador, fazendo das delegacias e das instituições de saúde espaços de depósito da imoralidade e da perturbação pública. Como dispositivo de controle, o poder do estado instituiu os chamados ‘Códigos de Postura’, lançando-os ao ofício de controlar, vigiar e disciplinar o espaço comum a todos.

Vadios, alcoólatras, indigentes, prostitutas, mulheres solteiras, gatunos, alienados, todas essas categorias de pessoas estavam sob a ordem do con-

trole dos Códigos de Postura e, se não contidos, produziam ameaça ao avanço da modernidade. Como estratégia de contenção, muitos eram enviados para a Santa Casa de Misericórdia, instituição de saúde importante nos centros urbanos brasileiros no manejo da extensa demanda sanitária local. As Santas Casas de Misericórdia, a partir da década de 1880, se destacam como centros de referência em assistencialismo, calcados na tradição católica da caridade como herança direta da colonização portuguesa, e, no Amazonas, palco de experimentações da Medicina incipiente. Araújo (2017) relata que a Santa Casa subsistia de doações de sócios afluentes da Província do Amazonas. Seus doadores, ao contribuírem financeiramente pela manutenção da caridade e da assistência pública, eram publicamente prestigiados com títulos de honra pelos serviços prestados à instituição.

A localização da Santa Casa no Centro de Manaus estava a serviço do projeto urbanístico de ocupação da cidade, às vistas do capitalismo industrial, na linha de muitas outras edificações planejadas no Centro em função do sucesso da economia gomífera. Com o eventual aumento da demanda pela Santa Casa, o amontoado de doentes, indigentes e alienados pela área central da cidade, e igualmente empacotados nas enfermarias comuns da instituição de caridade, passam a incomodar os dirigentes do recinto. A administração começaria a reivindicar a transferência dos alienados para um local específico. Todavia, a construção de tal espaço demoraria a vir, em função da rejeição de conciliar um asilo de loucos junto ao centro da cidade.

O insucesso em encontrar um local adequado em áreas mais distantes da cidade a fim de acomodar o desprezo com tal público arrastaria a problemática por mais algum tempo. Em 1894, enfim, foi instalado, em sessão solene, o Asilo dos Alienados, prédio entregue sob a gerência do governador Eduardo Ribeiro, com a promessa de desafogar a demanda excessiva da Santa Casa. Porém, como destaca Lopes (2013), embora a construção de um asilo de alienados aparentasse certa preocupação do Estado em olhar pela desassistência psiquiátrica da cidade, a progressão dos fatos revelaria o local como um verdadeiro depósito de pessoas sob nenhuma terapêutica médica a ser considerada.

Em 1899, as condições do Asilo dos Alienados já eram precárias e o prédio de propriedade estatal foi condenado pelo mau estado. A falta de higiene, denúncia de maus-tratos, o surto de doenças entre os internos e a ausência de planejamento clínico levaram o espaço a passar por uma transferência crítica de seus internos ao prédio do Asilo de Mendicidade, no bairro de Flores, por volta de 1920 (ARAÚJO, 2017; LOPES, 2013). A diversidade de nomenclaturas para o espaço acompanha a progressão da lógica psiquiátrica à época, derivada diretamente da escola pineliana de psiquiatria. Ora

Asilo de Alienados, ora Hospício Eduardo Ribeiro. Posteriormente, adota-se a nomenclatura Colônia dos Alienados, e, finalmente, Hospital Colônia Eduardo Ribeiro, em 1940. Vale destacarmos a insurgência do modelo de colônias agrícolas em território nacional, já em dissidência da proposta empirista de Pinel baseada na sintomatologia e na reclusão exclusiva. Em um espaço distante da cidade, com uma área externa transitável e em propriedades rurais, as colônias prometiam ser um espaço de tratamento mais flexível e baseado no trabalho como ferramenta de libertação (AMARANTE, 1995).

As reformas profundas dentro do Hospital Colônia Eduardo Ribeiro não iam acontecer até a década de 70, no caldo das reivindicações pela RS e RP em território nacional. O governo do estado protagonizaria uma leva de modificações no espaço antes da virada reformista com a titulação de Silvério Tundis à pasta do Programa Estadual de Saúde Mental do Amazonas. Empreendem-se a construção de novos pavimentos, ampliação de leitos, acordos com convênios e revitalizações como medidas homeopáticas do governo pela adequação do sistema aos parâmetros mínimos de qualidade (aquém de qualquer modelo de excelência, diga-se de passagem) (NAVARRO, 2015). Porém, a dinâmica dentro do HP, anterior à gestão de Tundis, ilustrava a decadência do modelo manicomial e o abandono de práticas minimamente ressocializantes, como relata um interlocutor na pesquisa de Navarro (2015, p. 50),

Antes da década de 1980, os profissionais do Eduardo Ribeiro não tinham acesso aos pacientes. Era horrível chegar lá. Lá existiam 2 grandes celas, do lado direito tinha as mulheres e do lado esquerdo os homens (homem misturado com menino) e era tudo misturado e enjaulado, todos nus e faziam tudo ali [...] Então... os médicos... se pegar os prontuários antigos lá, você vai ver que só repetiam a medicação. Não vai ter uma descrição, uma evolução da forma como hoje é colocada nos prontuários dos pacientes. Porque os médicos não conseguem chegar lá perto dos pacientes. (NAVARRO, 2015, p. 50).

As mudanças institucionais sob a coordenação de Silvério Tundis e materializadas sob a orientação de Rogélio Casado, ambos psiquiatras vindos de formações em institutos do Sudeste, engendram-se na lógica reformista dos primeiros ensaios práticos nacionais e das alianças pela substituição do protagonismo da doença pela autonomia das pessoas. Casado (2006) aponta três fatores que contribuíram para a viabilização de ensaios reformistas no Amazonas: 1) a organização coletiva de profissionais de Saúde Mental, sob a liderança de Silvério Tundis; 2) a disposição política do Governador, à época José Lindoso, em apostar numa jovem geração de trabalhadores de SM; e 3) o apoio da imprensa amazonense em colocar na pauta do debate público a questão das relações entre loucura e cidadania.

Como gestor empossado do Hospital Psiquiátrico, Rogélio organiza um grupo de agricultura (GA) nas instalações do Hospital, formado por pacientes com mais de 20 anos de institucionalização, com bases na terapia ocupacional, e com o desenvolvimento do espírito do trabalho e da geração de renda. Tundis, sob o comando da pasta, ainda inaugurou o serviço de pronto-atendimento para crises psiquiátricas no HP, e os espaços ambulatoriais Rosa Blaya e Humberto Mendonça (LOPES, 2013; NAVARRO, 2015). Tais mudanças fizeram cumprir com as tentativas de diversificar o serviço de atendimento e de propor algum projeto terapêutico possível em uma instituição desvitalizada e sucateada.

A presença de lideranças pela Luta Antimanicomial (LA) e pela RP no Amazonas permitiu muitas das conquistas iniciais do campo frente às fragilidades da rede. No ímpeto por mudanças e pela atenção das autoridades, Casado faz uma greve de fome em sua sala dentro do HP. Com seu corpo acorrentado à mesa de trabalho, exigia a revitalização do espaço e a aplicação das devidas medidas contra a corrupção administrativa que assolava a rede de saúde. A mobilização do gestor resultaria em mudanças físicas nas mediações do HP e na atenção da mídia, contudo, o período de mudanças não duraria muito tempo (LOPES, 2013). Com a saída de Silvério Tundis do comando da pasta, e sua morte anos mais tarde, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Amazonas enfraqueceria e o pioneirismo do estado se estagnaria em mudanças temporárias e, logo, infrutíferas.

Ao longo da década de 90, o governo passou a negligenciar a pauta da SM e as eventuais conquistas se resumiram a mudanças singelas no espaço interno do HP. Lopes (2013) elenca marcadores-chaves da RP no Amazonas após o pioneirismo nos anos 70 e 80, que alavancaram o debate da SM pelo novo século. A autora destaca que em 2000, surge o Fórum de Luta Antimanicomial do Amazonas, promotor do diálogo entre servidores, usuários e familiares. No mesmo ano, aconteceria o I Seminário sobre Saúde Mental e o SUS no Amazonas e a I Semana Amazonense *“por uma sociedade sem manicômios”*. Essa última ganha destaque, pois *“resultou numa campanha por emenda popular para um Projeto de Lei visando a criação de Serviços Substitutivos ao Hospício”* (LOPES, 2013, p. 22). O pontapé definitivo para a inauguração da Rede de Atenção Psicossocial na capital do estado viria em 2006, com a ativação do primeiro CAPS, no bairro de Santa Etelvina, nomeado após Silvério Tundis.

Seis anos após a promulgação da Lei 10.216 que lançava as bases da RP em território brasileiro, o Amazonas implementa a Lei 3.177, em 2007, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico, e prevê a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentro de todas as suas atribuições. Segundo

dados das Secretarias do Estado e Município de Manaus, coletados pela pesquisa de Barbosa (2019, p. 16), seriam:

[...]28 CAPS implantados no Estado. Considerando a capital, Manaus, têm-se na gestão municipal três CAPS em funcionamento: um CAPS III tipo álcool e outras drogas, um CAPS tipo infantil e um CAPS III de transtorno mental; na gestão estadual: um CAPS III de transtorno mental, 8 Serviços Residenciais Terapêuticos, todos localizados no terreno desse CAPS, 5 ambulatórios especializados de saúde mental funcionando em policlínicas distribuídas nas diferentes zonas da cidade, 1 pronto atendimento com 28 leitos (20 de internação e 8 de observação). (BARBOSA, 2019, p. 16).

Em janeiro de 2020, alguns meses depois dos dados acima coletados, seria inaugurado mais um CAPS tipo infantil, no Bairro de Flores, somando cinco unidades na capital Manaus entre todas as modalidades previstas em lei.

Mesmo com a Rede de Atenção Psicossocial em vigor, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro não se tornou obsoleto, cumprindo com a função de conter os quadros psiquiátricos de emergência, especialmente diante de uma rede aquém da quantidade mínima de serviços substitutivos para atender à totalidade da população. A causa principal dos ativistas da LA a partir de então tornou-se o desligamento do Hospital, como prega o ideário reformista, e a multiplicação contínua e proporcional de Centros de Atenção e outros dispositivos substitutivos previstos pela RAPS. Em agosto de 2022, após décadas de reivindicação, a Secretaria de Saúde do Amazonas decreta o fim das atividades no interior do CPER e inaugura o novo Centro de Saúde Mental do Amazonas, na zona centro-oeste de Manaus, alocando todo o efetivo e os usuários do CPER, e oferecendo atendimentos às urgências e emergências psiquiátricas, 24h por dia, todos os dias da semana, com leitos para observação (PORTAL EM TEMPO, 2022).

As autoridades garantem um espaço especializado e humanizado, aos moldes da integralidade em saúde, porém é válido apontar a ausência da disposição política de ampliar a RAPS, à medida em que se desmonta os antigos símbolos do passado manicomial do estado. A solicitação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e/ou a construção de novos SRTs, ao passo em que se desligam as atividades no HP, continuam sendo uma das principais reivindicações dos trabalhadores da SM no estado, mas a demora dantesca em ampliar a assistência na região indica o rol de prioridades das forças políticas vigentes. Um horizonte possível de transformações e renovações nos convoca a uma compreensão das atuais conjunturas da rede, apreendendo o presente com vistas à projeção do futuro.

Narrativas Vivas: o estado da arte acerca da Rede de Atenção Psicossocial no Amazonas

Se comparado aos demais estados do Brasil, em especial aos da região Sudeste, o Amazonas não possui um acervo robusto de publicações sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que faz dos materiais, que de fato existem, documentos muito preciosos para a compreensão viva da engrenagem da assistência em SM do estado. Ainda, publicações importantes sobre a história da SM do Amazonas, da reforma psiquiátrica e dos primeiros anos da rede local encontram-se indisponíveis, a despeito de insistentes buscas em acervos virtuais e físicos, - citamos a de Rogélio Casado e de Marluce Mineiro -, o que ilustra a dificuldade de acessibilidade aos registros e documentos históricos e a fragilidade da preservação do patrimônio do Amazonas, como apresenta Galvão (2003) e Araújo (2017).

Este ensaio dispôs-se a mapear as principais narrativas sobre a RAPS e sistematizar categoricamente a literatura a partir das discussões, relatos, entrevistas e análises de resultados apresentados nas pesquisas. A minúcia do estado da arte, que, segundo Ferreira (2002, p. 258), lança-se ao “*desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder quais aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares*”, busca aqui selecionar o que é de mais proeminente nas produções acadêmicas e pontuar como os/as autores/as qualificaram o material que viram.

Dessa forma, o trabalho em categorias possibilita uma tradução sistemática do próprio conteúdo, sem maiores distorções, em uma tessitura conceitual pelo que mais se repete e o que mais é manifesto no registro de pesquisadores importantes do campo. Tal disposição mobiliza a produção de conteúdo sobre o estado do Amazonas e reflete o alto valor dos trabalhos publicados para a compreensão - monitoramento e avaliação - da rede. A análise do material permitiu a divisão do conteúdo em quatro categorias principais, e não definitivas, sobre as qualificações da RAPS do Amazonas: 1) Vulnerabilidade de recursos humanos, físicos e materiais; 2) Fragilidade de qualificação do corpo técnico; 3) A RAPS como potência cidadã; e 4) Ruídos na integralidade da RAPS. A distinção entre essas categorias é meramente para fins de operacionalizar a análise; nas publicações – assim como nos fluxos de interação da vida real – elas são complexas e imbricadas.

Vulnerabilidade de recursos humanos, físicos e materiais

O aspecto da vulnerabilidade de recursos é comum tanto às pesquisas centradas na capital quanto às realizadas no interior do estado, o que posi-

ciona tal problemática na dianteira dos dilemas estruturais da rede de SM. Os frágeis recursos humanos apresentam-se em meio aos poucos trabalhadores alocados nas unidades especializadas e no corpo técnico das equipes de matriciamento da Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família. Os baixos recursos físicos são vistos pelos espaços ainda hospitalares, semelhantes às policlínicas, distantes do ideal da RP de construir unidades de cuidado longe de territórios hospitalares e em semelhança a residências comuns. E os insuficientes recursos materiais são visíveis na constante falta de repasses orçamentários à SM e no não cumprimento dos planejamentos estaduais e municipais previstos.

Lopes Neto *et al.* (2009) traz uma consequência prática à falta de estrutura suficiente para o pleno funcionamento do CAPS Adolfo Lourido, no município de Parintins, ao apontar *“que mesmo sendo um CAPS de porte II, o Adolfo Lourido não tem um espaço físico condizente com as necessidades de atendimento diário em dois turnos da demanda assistida”* (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 27). Os autores apontam que *“o quantitativo de profissionais de saúde lotados no CAPS é inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, apesar de demonstrar uma diversidade de categorias profissionais”* (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 29). Na observação do CAPS Lígia Rodrigues Barros, no município de Tefé, *“o acolhimento, em 2007, foi de 440 pessoas, contudo, houve significativo abandono de tratamento (298), após a realização de duas ou três consultas”* (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 31), o que deve-se, nas palavras de um servidor entrevistado no contexto da pesquisa dos autores, *“à falta de uma equipe profissional para cuidar de maneira interdisciplinar e à falta de recursos materiais, pois fica o CAPS com limitações que impedem a realização de atividades de reinserção”* (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 31).

Ainda na pesquisa de Lopes Neto *et al.* (2009), a pluralidade de formações profissionais das equipes multiprofissionais não parece suprir as necessidades de atendimento quando a quantidade de profissionais é aquém do necessário para um trabalho abrangente, como pontuado acima. A análise do CAPS Silvério Tundis, em Manaus, pôde revelar, por meio dos interlocutores da pesquisa, que o quantitativo ainda era *“insuficiente para atender com qualidade aqueles que procuram os serviços do CAPS, mesmo os da zona norte e das imediações do centro da cidade”* (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 34), tendo em vista que, à época da pesquisa, apenas esse CAPS absorvia toda a demanda de SM da cidade de Manaus.

Colombarolli *et al.* (2010), ao investigarem os desafios e progressos da RP no Amazonas, partiram da observação do CAPS Silvério Tundis sob aspectos analíticos e descritivos, e apontaram que a deficiência na quantidade de CAPS na cidade refletiria diretamente na sobrecarga de trabalho dos

trabalhadores e, conseqüentemente, na qualidade do tratamento. A insuficiência em recursos humanos teria implicações na qualidade do serviço oferecido pelo CAPS “*uma vez que essa carência inviabiliza determinados atendimentos e acolhimentos que deveriam ser especialidade desse centro*” (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010, p. 28). No mesmo texto de Colombarolli *et al.* (2010, p. 27), um funcionário entrevistado pelos autores discorre sobre os reflexos dos poucos recursos sobre o trabalho:

*[...] a nossa estrutura física e recursos materiais, financeiros ainda constituem o empecilho para que nosso trabalho seja realizado em sua plenitude. Nós precisamos de um espaço que não tenha essa estrutura clínica, ele tem que ter uma estrutura mais acolhedora, de casa, de lar (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010, p. 27).*

*[...] a falta de planejamento na estrutura onde hoje funciona o Caps impede que este funcione como tipo III, conforme foi preconizado. Além da estrutura física inadequada, a escassez de recursos materiais compromete o trabalho. (...) o fluxo de medicamento fica comprometido em alguns períodos do ano; isso compromete o bem estar do paciente (*idem*, p. 27).*

Tais dados comunicam-se com as ponderações da pesquisa de Caetano *et al.* (2011, p. 99), onde os funcionários entrevistados “*foram unânimes na afirmação de que o CAPS onde trabalham não apresenta as condições adequadas para a execução de suas funções e o acolhimento dos pacientes, conforme preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde*”. Não há a especificação de qual CAPS da cidade de Manaus ocorreu a coleta de dados, porém, dado o ano da pesquisa, subentendemos que seja o CAPS Silvério Tundis, já que o próximo CAPS da cidade, Caps II Infantojuvenil Leste, só seria entregue em 2012.

Um ponto destacado por Caetano *et al.* (2011, p. 99) é a unanimidade da falta de recursos humanos afirmada pelo discurso dos servidores entrevistados, ao relatarem que “*o CAPS em questão, proposto para funcionamento como CAPS III, não cumpre com essa função (de CAPS III) devido à falta de profissionais*”. Tal cenário impulsiona os profissionais “*a tomarem uma atitude acerca de sua atividade de trabalho: ou motiva-se a tomar atitudes como superação, improvisação [...] ou tomar atitudes de negação, recuo e resistência*” (CAETANO *et al.*, 2011, p. 100).

Lopes (2011) constata um aspecto semelhante ao de Lopes Neto *et al.* (2009) no que tange às conseqüências práticas dos frágeis recursos humanos, em específico da dificuldade de oferecer um serviço alinhado às prescrições legais de um CAPS III, com atendimentos 24h, na ausência de um corpo

técnico disponível. Em julho de 2008, a Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas (CIB), instância de organização orçamentária da rede, suspendeu as atividades noturnas do CAPS Silvério Tundis por incapacidade técnica de atendimento no período noturno, o que descumpriria os preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a atuação como CAPS III, além de ser uma unidade gerida pelo estado e não pelo município, o que significaria *“um passo contrário à expansão da rede de assistência à saúde mental no Estado”* (LOPES, 2011, p. 57).

Tendo em vista tal cenário desfavorável ao bom funcionamento da rede no Amazonas, Navarro (2015) apresenta bastidores importantes sobre as articulações políticas das gestões do campo da SM, em uma tentativa de elucidar as razões internas para tanta morosidade. Ao ter acesso às atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde, notou-se uma indisposição do mesmo em cumprir com os planejamentos e as pactuações referentes à SM, uma falta de *‘sensibilização’* de gestores e políticos em dar seguimento aos repasses de verba, e até a ponto de alocar os recursos da SM para outras áreas da saúde.

Barbosa (2019) sinaliza para a importância dada pelos funcionários entrevistados em sua pesquisa ao fortalecimento da rede por meio da integralidade e do matriciamento, porém a falta de recursos humanos, materiais e físicos impede qualquer expansão, a curto ou a longo prazo, do alcance do cuidado comunitário e territorializado à população, e, primariamente, da capilarização dos profissionais por entre as unidades que compõem a RAPS. O aspecto da fragilidade de recursos é muito presente na maioria da literatura em análise, acenando o drama recorrente da lenta efetivação das políticas públicas em SM em decorrência dos impasses logísticos e estruturais.

Fragilidade de qualificação do corpo técnico

Aspecto recorrente nas publicações sobre a RAPS do Amazonas é a falta e/ou a pouca qualificação do corpo profissional e técnico em SM, tanto pela falta de enfoque do tema nas formações de Ensino Superior quanto pela ausência de um sistema de educação permanente, previsto pela legislação do SUS e da RAPS, aos servidores da saúde. Lopes Neto *et al.* (2009) chama atenção para a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) da importância de serviços especializados requererem dos trabalhadores um largo treinamento em SM, ao observar uma baixa qualificação entre o corpo profissional do CAPS Adolfo Lourido, no município de Parintins. A pesquisa aponta que, por mais que alguns façam ou tenham feito capacitação e cursos de especialização, ainda *“não corresponde ao estabelecido na legislação brasileira, haja vista que as enfermeiras e os demais profissionais de saúde não*

têm formação em saúde mental” (LOPES NETO *et al.*, 2009, p. 29).

A mesma pesquisa de Lopes Neto *et al.* (2009, p. 31) observa cenário semelhante no CAPS Lígia Rodrigues Barros, de Tefé, ao pontuar que *“a equipe técnica é desprovida de formação na área de saúde mental, exceto o médico psiquiatra que também tem especialização em saúde mental”*. Tal trecho ainda evidencia o desequilíbrio de forças dentro de um centro que supostamente sistematiza a interdisciplinaridade e a coprodução do cuidado, ao apresentar uma dinâmica em que o médico detém atributos privilegiados sobre a equipe. A falta de qualificação em SM produz desmobilização e desconhecimento da dinâmica da rede e da história de ativismo das reformas psiquiátrica e sanitária, o que é frisado pela reflexão de Colombarolli *et al.* (2010, p. 28) sobre o CAPS Silvério Tundis: *“muitos profissionais pertencentes ao Caps atualmente tiveram pouca experiência com as propostas da reforma até começarem sua atuação no local [...] o que automaticamente desfaz a necessidade de que sua prática seja conhecida por esses profissionais”*.

Colombarolli *et al.* (2010) acrescenta que a falta de qualificação remonta a aspectos anteriores e mais estruturais ainda, como a formação oferecida pela rede pública de ensino (se pensarmos na conjuntura de 2022, incluiremos também a rede privada, dada a forte presença dela na oferta de cursos de ensino superior) e na deficiência da educação permanente. A pesquisa completa essa reflexão com a relevante observação de que *“as carências estruturais e administrativas que o Caps enfrenta não prejudicam somente a parte do atendimento propriamente dito, mas também o funcionamento do centro como um todo”* (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010, p. 28). Caetano *et al.* (2011) admite impressões muito semelhantes quanto ao impacto que as lacunas nas formações dos trabalhadores podem causar na operacionalização dos princípios da reforma, especialmente ao que ela chama de *“falta de identificação e credibilidade na proposta”*.

Caetano *et al.* (2011, p. 98) relata ainda interlocuções muito lúcidas de servidores da rede sobre seus respectivos papéis na consolidação dos princípios básicos que regem a política de SM *“ligados, essencialmente, ao favorecimento da autonomia dos usuários do novo sistema”*, porém o impasse é nitido quando há a análise da intersecção dos saberes junto aos técnicos da Medicina. Há um descrédito da política da desinstitucionalização, vista como *“utópica”, “inviável”* e *“produtora de desassistência”*, fazendo do isolamento do conhecimento médico um fator perigoso à *“interação disciplinar enquanto permuta de saberes e fazeres”* (CAETANO *et al.*, 2011, p. 99). O saber médico como avalizador do processo de redução do indivíduo aos sintomas, sob a exclusividade dos métodos de diagnóstico, da prescrição de remédios e da biologização da vida, exemplificam sabidamente os ruídos da formação acadêmica e da dificuldade das alianças multiprofissionais.

Navarro (2015) mostra que havia a prescrição de formação e capacitação dos profissionais da SM no registro das atas de reunião do Conselho Estadual de Saúde, no uso dos termos *“qualificação da formação em rede”* e *“especialização em saúde mental”*, mas o descompromisso em cumprir com os planejamentos acordados impedia a efetivação de tais políticas de aperfeiçoamento. Interlocutores da pesquisa de Navarro (2015, p. 89) afirmam a escassa presença de pessoas com formações especializadas atuando na rede e, segundo relatos, *“os profissionais que estão à frente dos serviços, da assistência, da direção das unidades são pessoas que, na sua formação, não tiveram formação desse novo modelo de atenção à saúde mental”*. Barbosa (2019, p. 44) ainda relata que muitos dos primeiros servidores da RAPS não sinalizaram querer atuar com SM, sendo alocados nas primeiras unidades por força de concurso público, sem quaisquer experiências prévias com a especificidade da área. Isso vale para os primeiros cargos de gestão e dirigentes dos CAPS, em que *“alguns se disponibilizaram mesmo não tendo experiência na gestão ou na área de saúde mental”*. Essas desventuras ilustram o quanto dos impasses da formação e da qualificação profissional comprometem a qualidade da rede e representam uma possível desvitalização dos preceitos básicos das reformas assistenciais.

A ‘RAPS’ como potência cidadã

Um ponto presente na literatura analisada é a diferença significativa notada pelos usuários do atendimento em SM após o início das atividades da RAPS, visto a ausência de uma assistência psicossocial para além dos Hospitais Psiquiátricos (de modelo manicomial e reclusivo) e/ou dos serviços muito fragilizados em unidades de saúde. Em cidades do interior, onde a assistência em SM era praticamente nula, a inauguração dos primeiros CAPS sinalizou uma oportunidade de cuidado e de convivência com trabalhadores da área, atividades terapêuticas e troca de vivências com outros usuários e familiares. Um usuário de Tefé, na pesquisa de Lopes Neto *et al.* (2009, p. 27), ilustra essa perspectiva: *“Nós temos uma estrutura física que pode atender bem, apesar de não ser tão grande! [...] mas, o acolhimento e a recepção pelos profissionais substituem o tamanho da estrutura física, pelo bom atendimento que recebemos”*. A possibilidade de um tratamento minimamente humanizado, de acesso à medicamentos e de um projeto terapêutico multiprofissional produziu uma identidade cidadã nos usuários e um exercício de recorrente gratidão, apesar das insuficiências, como expressa um outro usuário para Lopes Neto *et al.* (2009, p. 28): *“Atendem bem. São humanos! Isso é que é importante”*.

A proposta terapêutica dos CAPS, para além das consultas médicas e das intervenções medicamentosas, parece representar um marcador importante para os usuários do CAPS Silvério Tundis, pelos registros de Lopes Neto *et*

al. (2009), no que diz respeito ao acesso ao lazer e à criatividade. A articulação do fluxo dinâmico “*indivíduo/grupo/família/comunidade*” em torno de “*oficinas que visam à preparação para o mercado de trabalho, como é o caso das oficinas de culinária, de pipas, de artesanato e de desenhos*” (LOPES NETO *et al.*, p. 35), além de experiências culturais como “*participação em danças, recital de poesia e coral, além de passeios a cinema, teatro e peças teatrais*” (LOPES NETO *et al.*, p. 35), constroem uma apropriação da identidade cidadã e fortalecem a noção de classe/grupo. “*Muitos jamais assistiram a uma peça de teatro ou foram ao cinema*” (LOPES NETO *et al.*, p. 35), diz uma psicóloga para os pesquisadores, ilustrando enfaticamente algo da proposta ética da RAPS de produção de protagonismo e reconfiguração dos espaços de trânsito do portador de transtorno mental. A pesquisa de Salem Muniz *et al.* (2004), ao apresentar um projeto junto aos internos do Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro que subsidiaria a implementação das Residências Terapêuticas no Amazonas, atenta para a importância das intervenções terapêuticas no processo de autonomia dos usuários, como, por exemplo, no uso de sessões pedagógicas, atividades de psicodrama, noções de higiene e arrumação, fortalecimento de vínculos e o acesso à cultura.

Colombarolli *et al.* (2010) apreenderam dos trabalhadores do CAPS Silvério Tundis a percepção da fácil adesão dos usuários ao novo modelo de atendimento, havendo uma nítida preferência do modelo substitutivo ao modelo hospitalar, intrinsecamente fruto da diversificação de estratégias de cuidado, da assistência multiprofissional e do acesso aos medicamentos que antes não havia. A proposta de um espaço inteiramente terapêutico, desde a recepção às salas de atendimento, expande a percepção de cuidado e de proteção, especialmente quando há a distribuição do acompanhamento referencial entre todos os profissionais para além do médico psiquiatra. Caetano *et al.* (2011), ao trazer a perspectiva dos servidores sobre os princípios da rede, ilustra aspectos positivos da qualidade da percepção dos mesmos sobre o próprio trabalho, ao utilizar de frases descritivas como “*favorecimento da autonomia dos usuários*” e “*militância em favor da ideologia de libertação*”, o que implica diretamente na construção da experiência de acolhimento e de cuidado com os usuários em prol do protagonismo e da melhoria coletiva.

Lopes (2011, p. 67) também relata as percepções promissoras dos servidores personagens de sua pesquisa, ao descreverem o CAPS como um espaço que “*possibilita uma mudança individual que extrapola o papel profissional, numa perspectiva dialógica de respeito ao outro, e de possibilidade de mudanças mútuas*”, assim como as impressões dos usuários, que destacam “*a relação respeitosa, o diálogo, a percepção da necessidade do uso da medicação e do cuidado*” (LOPES, 2011, p. 84). Em contrapartida, há de se notar que a presença de unidades da RAPS na cidade, especialmente em cidades do interior do

estado, alimenta a estigmatização dos usuários dentro das comunidades, em virtude da maior proximidade das mesmas dos territórios de abrangência. A potência cidadã da rede pressupõe não apenas a construção de um espaço de existência para quem dela precisa, mas também a expansão dos ideais de alteridade e transformação a todas as camadas da sociedade civil.

Apesar dos entraves já aqui expostos, a presença de uma rede voltada ao atendimento psicossocial reverbera positivamente sobre o público-alvo, dada a imensa necessidade assistencial do estado do Amazonas. E isso impreterivelmente nos convoca a imaginar a potência da transformação social que uma rede bem sistematizada poderia produzir.

Ruídos na integralidade da RAPS

Um último ponto recorrente na literatura analisada e palco da produção de muitas das principais deficiências da RAPS no Amazonas citadas é o ruído na integralidade entre os setores dos sistemas de atenção, os quais poderíamos destacar a Atenção Primária, o Sistema Único de Assistência Social, a Atenção Secundária ou Especializada, a Estratégia Saúde da Família e a própria RAPS, que protagoniza constantes negociações internas pela conectividade das unidades previstas pela legislação. Tal impasse é um dos mais discutidos pelo material literário analisado e figura como motor do sub-funcionalismo da política de SM do estado, a partir da perspectiva de servidores e gestores. A integralidade é um princípio motriz do SUS, orientado sob o prisma da articulação dos vários setores públicos no compartilhamento do cuidado e valorização de todos os aspectos da subjetividade dos usuários na comunidade. Sobre o conceito, a pesquisa de Barbosa (2019) acrescenta ainda:

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços (...) reconhecendo a interdependência dos atores e organizações em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. (BARBOSA, 2019, p. 24).

É possível traçar o quanto a falta de integralidade reverbera sobre todos os impasses anteriormente apresentados neste ensaio. A falta de recursos humanos é resultado direto da ausência de equipes capacitadas em SM à disposição da Atenção Primária em UBS e Equipes de Saúde da Família, da mesma forma que a baixa descentralização, conceito melhor explorado adiante, também reflete a fragmentação da rede frente à complexidade do cuidado em saúde. A pesquisa de Lopes Neto *et al.* (2009, p. 32) evidencia uma problemática experimentada no cotidiano do serviço do CAPS de Tefé

referente à “*demanda de receitas médicas provenientes de outras unidades de saúde*”, o que congestionaria a fila de espera e esgota o estoque de psicofármacos mais rapidamente. Os autores atribuem esse vício organizacional a uma lógica de atendimento do CAPS com a rede básica de saúde que não privilegia a rede de apoio matricial, ou seja, a aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário. A distribuição de medicamentos por toda a amplitude da rede desafogaria a dependência do CAPS e atingiria a expectativa de alcance do território.

Os interlocutores da pesquisa de Colombarolli *et al.* (2010, p. 27) são categóricos ao afirmar que “*veem o serviço do Caps isolado dos outros serviços de referência, evidenciando uma falta de integração desse serviço*”, o que compromete diretamente a qualidade de atendimento dos usuários. Um interlocutor da pesquisa acrescenta ainda que “*quando os usuários do Caps necessitam de recursos que são oferecidos em outros serviços, como exames, não existe uma integração que permita que o paciente tenha acesso a eles*” (COLOMBAROLLI *et al.*, 2010, pág. 27). A integralidade garantiria o compartilhamento de tecnologias de saúde entre as instâncias de cuidado, assim como o acompanhamento continuado pelas UBS e ESF no que toca aos cuidados primários (exames de rotina, reeducação alimentar, cadastro único, vacinação, pré-natal, etc.), para além da SM. A ausência de integralidade cria um rombo assistencial, fragmentado e desconexo, à serviço da falta de comunicação, que, segundo Lopes (2011), incide negativamente sobre a construção multiprofissional dos projetos terapêuticos com os trabalhadores e usuários. Na ausência de alianças integradas, há a verticalização, a hierarquia e as malélicas disputas de poder.

Rosseti Gutierrez (2018), em publicação sobre as perspectivas e os desafios do cuidado em SM no Amazonas, argumentam que a articulação da RAPS no Amazonas ainda se encontra em processo de construção e que “*o trabalho integrado com outros setores da saúde não vem apenas para aumentar o acesso do usuário aos serviços disponibilizados pela rede, como também para possibilitar maior responsabilização por parte dos profissionais*” (ROSSETI GUTIERREZ, 2018, p. 297). A pesquisa de Barbosa (2019, p. 51) traz relatos muito ricos no tocante à integralidade na perspectiva dos trabalhadores da saúde, o que leva a autora a concluir que:

Segundo os profissionais, o trabalho em rede de Manaus ainda aponta para uma assistência fragmentada e contribui pouco para a efetivação do princípio da integralidade, com pouca integração entre os serviços, pois a preocupação ainda se mantém em garantir que o usuário seja minimamente atendido num outro ponto da rede sem que seja pensado ainda na lógica do cuidado compartilhado, o que resulta num usuário perdido nesse sistema de saúde. (BARBOSA, 2019, p. 51).

Muitas descrições mencionam uma rede muito informal, com ‘encaminhamentos’ difusos, à base do coleguismo e da politicagem. Essa dinâmica é descrita por muitos entrevistados como “*rede quente*”, segundo Barbosa (2019), vista a sistematização de uma eficiente teia de contatos, contudo muito longe da institucionalidade e da organização demasiada necessária para horizontalizar o acesso e mobilizar a vontade política da categoria. A fragilidade na integralidade da rede conduz a uma centralização gestora e operacional distante da perspectiva de autonomia e distribuição da gerência entre os poderes e entre as instâncias administrativas. Tal perspectiva descumprimento com um dos princípios básicos do SUS (descentralização), e visa especialmente a alguma manutenção do desencontro entre as esferas de poder.

Isso remonta à história da Reforma Psiquiátrica no estado, em que a escassez de um mercado psiquiátrico privado, na forma de clínicas ou hospitais, levou o governo do estado a centralizar os internamentos. Com o tempo isso não pareceu se alterar substancialmente, mesmo com a previsão legal da RAPS como um serviço público e de base municipal. Navarro (2015) debruça sobre esse aspecto e salienta que a estadualização da SM no processo de implementação da rede deriva em muito da incapacidade logística do município de assumir as responsabilidades gerenciais. Dada configuração levou o estado a arcar com a inauguração do CAPS Silvério Tundis, primeiro CAPS do município de Manaus, no intuito de alavancar a RP no território, porém, em contrapartida, se produziu uma enrijecida centralização que impede a autonomia dos serviços.

Como reflexão para além dos impasses administrativos, logísticos e legislativos, vale destacar o quanto o ideário sociocultural sobre saúde e loucura pauta a indisposição de mudanças e/ou a insuficiência das transformações práticas. O aumento do corpo de trabalhadores, a ampliação de unidades de atendimento e cuidado, o repasse orçamentário e o fortalecimento da integralidade figuram como objetivos concretos na consolidação da qualidade operacional da rede, mas nada garante, de fato, que a efetivação de tais parâmetros alcançariam uma remodelação subjetivo-cultural da compreensão de saúde e loucura. A premissa das reformas almeja uma ruptura com a compreensão das lógicas manicomiais, tutelares e biomédicas, e, para isso, é necessário mudanças profundas dos desejos e das representações.

Considerações Finais

O mosaico aqui apresentado nos faz considerar algumas perspectivas, sem nenhuma intenção de cristalizar o exercício dialético. Nota-se, a partir da extensão dessa teia narrativa, a eferescência de disputas, a melancolia dos fragmentos e a malícia das contradições. No bojo da intensa articulação

narrativa disposta até aqui, iremos utilizar da prerrogativa de três trabalhos para ilustrar as reflexões finais.

As disputas são colocadas por Barbosa (2019) como suplício pela agência de mudança e pelo engajamento social. Mostram-se como motores para a resolutividade da rede, ao mesmo tempo que fomentam forças opostas às transformações sociais e empurram tais disputas para o campo do obscurantismo e da linguagem do lucro. É cômodo manter a assistência em SM fragilizada e dependente de um projeto de poder com vistas ao sucateamento da coisa pública. Porém, a missão ética do funcionalismo público exige a apropriação dessas disputas em prol da verdadeira cidadania.

Rosseti e Gutierrez (2018) clamam pela superação da fragmentação do conhecimento, tão nefasto para o fortalecimento das mobilizações políticas. A falta de integralidade pela alta fragmentação da rede desvitaliza as categorias profissionais e distancia os personagens da história dos ideários reformistas ainda promissores. E a contradição, retratada bem por Salem Muniz *et al.* (2004), se revela no papel atuante dos representantes do conhecimento em cumprir com uma agenda do saber-poder, da política da produção e do controle, desalinhados do pacto pela liberdade jurado no exercício ético da profissão.

A tensão das disputas pela transformação em liberdade, a junção dos fragmentos em prol de uma paisagem renovada e a superação das contradições pela honestidade e pela qualificação se lançam ao horizonte na fé em uma rede de cuidado, enfim, libertadora.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, M. J. C. Instituições médicas para alienados na cidade de Manaus (1880-1927). **Dissertação (Mestrado em História)** - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017, 159 p.

BARBOSA, T. L. Desafios na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial no município de Manaus (AM): discursos e práticas de gestores e profissionais. **Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epide-**

miologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019, 100 p.

CAETANO, A. S. *et al.* Centro de atenção psicossocial (Caps) e reforma psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde & Transformação Social**, 2011, v. 2, n. 2, p. 94-101.

CASADO, R. 1980-2006: fecha-se um ciclo da Reforma Psiquiátrica no Amazonas, 2006. Disponível em: <<http://rogelicasado.blogspot.com>>.

COLOMBAROLLI, M. S. *et al.* Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas: as perspectivas baseadas no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Manaus. **Revista Psicologia - Teoria e Prática**, 2010, v. 12, n. 3, p. 22-33.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Edição Revisitada. Brasília, 2022.

COSTA, P. H. A.; FARIA, N. C. “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, 2021, v. 31, p.1-21.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & sociedade**, 2002, v. 23, p. 257-272.

GALVÃO, M. D. **A história da medicina em Manaus**. Manaus: Valer, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 2003.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. R. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, 2019, v. 21, n. 44, p. 111-38.

LOPES, L. O. Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. 2011. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus. 2011.

LOPES, R. S. Entre a atenção à saúde e a legalidade: a atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte I). **Revista Zona de Impacto**, 2013, v. 15, n. 1, p. 4-32.

LOPES NETO, D. *et al.* Atenção à saúde mental no Amazonas, Brasil: um

olhar sobre os centros de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, 2009, v. 1, n. 2, p. 15-30.

MUNIZ, E. N. S. *et al.* **Mudanças na atenção à saúde mental no Amazonas: Projetos para subsidiar a Implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos**. In: 2 Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 10, Belo Horizonte, 2004

NAVARRO, R. M. A história da política de saúde mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação. **Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia)** – Instituto Leônidas e Maria Deane/Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2015.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011.

PORTAL EM TEMPO. Centro de Saúde Mental é inaugurado no Amazonas. Saúde. 16 de agosto de 2022. Disponível em: <<https://emtempo.com.br>>. RANGEL, M. N. A nova cronicidade nos novos serviços de atenção psicossocial. 2008. 146 f. **Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro. 2008.

ROSSETI, D. M. G. S.; GUTIERREZ, D. M. D. Quem cuida de Maria? Perspectivas e desafios da saúde pública no Amazonas. **Amazônica**, 2018, v. 21, n. 1, p. 288-301.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, 2002, v. 9, n. 1, p. 25-59.

CAPÍTULO 11:

Implementação de um processo de cuidado ao idoso: desafios na ótica dos profissionais de saúde de Manaus.

Lucas Lorrان Costa de Andrade

Thaís Martins de Almeida Souza

Euler Esteves Ribeiro

Maíra Mendes dos Santos

Elorides de Brito

Elisa Brosina de Leon

Introdução

A Organização Mundial da Saúde define idoso a pessoa com 60 anos ou mais (OMS, 2018). Atualmente, existe 841 milhões de idosos no mundo, e a taxa de expectativa de vida está aumentando a um ritmo acelerado (VERAS, OLIVEIRA, 2018). Quanto mais a sociedade vivencia o envelhecimento, maiores os desafios impostos aos modelos de cuidado tradicionais em saúde. Como consequência, alterações importantes nas estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde necessitam de revisão constante visando ao aumento de eficiência e eficácia (CRUZ *et al.*, 2020).

Ao longo de muitas décadas, a atenção à saúde foi caracterizada pela fragmentação do cuidado no modelo biomédico, centrado no poder do profissional médico e com dificuldades de acesso para a população de menor poder aquisitivo (FIGUEIREDO *et al.*, 2018). Essa estrutura revela-se ineficaz para lidar com a tripla carga de doença observada na população (MENDES, 2008).

Os idosos procuram cada vez mais os serviços de saúde, e a aceitação dessa necessidade está diminuindo. Essa condição interfere diretamente

em todo o segmento assistencial, resultando muitas vezes no aumento das taxas de internação (MEDEIROS, 2019). Uma inovação promissora para enfrentar o desafio de melhorar a saúde e os cuidados com a pessoa idosa é a concepção de um modelo de cuidado centrado na pessoa, provendo ações em saúde contínuas, coordenadas e considerando as necessidades e preferências individuais (OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018).

Tendo em vista, que o formato anterior não supre as necessidades do idoso, a revisão desse modelo é uma ferramenta que proporciona uma nova metodologia de cuidado, visando a identificação precoce dos riscos de fragilização dos idosos, e, uma vez identificado, prioriza-se a assistência programada, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade global e intervindo antes que ocorra o agravamento das patologias (OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018). Assim, a integralidade do cuidado é concebida na práxis dos diferentes profissionais inseridos nas distintas modalidades de cuidados em saúde, impondo como desafio a necessidade de uma nova organização do processo de trabalho, bem como, dos modos de agir e de interagir entre os distintos atores envolvidos (SILVA, MIRANDA, ANDRADE, 2017).

Nessa perspectiva, a premissa da integralidade deve considerar o gerenciamento do cuidado como elemento norteador, centrado no usuário, superando o tecnicismo e favorecendo à atenção integral ao idoso (BRASIL, 2014). Com essa abordagem, a assistência à saúde precisa ser preponderantemente através da atenção primária e/ou secundária, pois assim se evita hospitalizações e institucionalizações, que constituem alternativas de custo mais elevado (CRUZ *et al.*, 2020).

Face ao exposto, buscou-se implementar e/ou reformular o cuidado centrado no idoso e suas necessidades por meio do gerenciamento de cuidado. Destaca-se a relevância do estudo, considerando que o conhecimento acumulado e as novas pesquisas devem incentivar o setor de saúde a estruturar e/ou ampliar seus serviços, oferecendo modelos de cuidado mais contemporâneos e adequados à nossa população. No entanto, reconhece-se que a implantação de mudanças traz muitos desafios e que a compreensão dos profissionais que atuam nesse processo de transição é um elemento fundamental para o reconhecimento das barreiras e potencialidades que impactam diretamente no cuidado prestado.

Considerando a carência de consenso internacional sobre fragilidade em idosos e diante da relevância epidemiológica e dos desafios para a implementação de políticas públicas no cuidado a pessoa idosa, faz-se necessária a discussão e criação de modelos inovadores e efetivos em saúde para essa população. Esse estudo buscou relatar as dificuldades e potencialidades en-

contradas durante o processo de implantação de inovação no cuidado ao público idoso em um serviço especializado na cidade de Manaus.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Policlínica Especializada na Assistência ao Idoso no município de Manaus (AM). Participaram do estudo 20 profissionais de saúde das áreas de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Técnico de Enfermagem e Fisioterapia.

Os critérios de inclusão foram: ter atuado na policlínica no período de setembro de 2019 a março de 2020, integrar a equipe de profissionais durante a implementação do Modelo de Cuidado desenvolvido para idosos classificados com baixa e moderada vulnerabilidade e ter participado do treinamento em técnicas para mudança de comportamento.

A produção dos dados ocorreu com aplicação de dois instrumentos, um para caracterização socioprofissional e outro para a entrevista semiestruturada on-line, contendo questões relacionadas à: (1) importância das especificidades de um serviço destinado ao cuidado da população idosa; (2) barreiras e potencialidades no processo de inovação abordando os seguintes aspectos: mudança no fluxo de atendimentos e introdução da figura do coordenador de cuidado e (3) introdução da estratégia de Entrevista Motivacional.

As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Devido ao cenário mundial e social da pandemia causado pela COVID-19, optou-se pelo formato online nas entrevistas. Visando ao sigilo da informação, os nomes dos profissionais foram codificados com a letra (P), seguida da numeração de 1 a 20 na ordem em que foram realizadas.

Para a interpretação dos dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo temática categorial, organizadas em três etapas indicadas por Bardin (1997). A técnica apresentada é compreendida em : pré-análise - envolve a leitura "*flutuante*", ou seja, o primeiro contato com o documento a ser submetido à análise, a seleção do documento, a formulação de hipóteses e objetivos; exploração de material - selecionamos a unidade de codificação e usa-se os seguintes métodos: codificação (recorte e seleção), classificação (agrupamento) e categorização (unir ou correlacionar informações); tratamento dos resultados - com base nos resultados originais, os pesquisadores irão torná-los significativos e eficazes (inferência e interpretação).

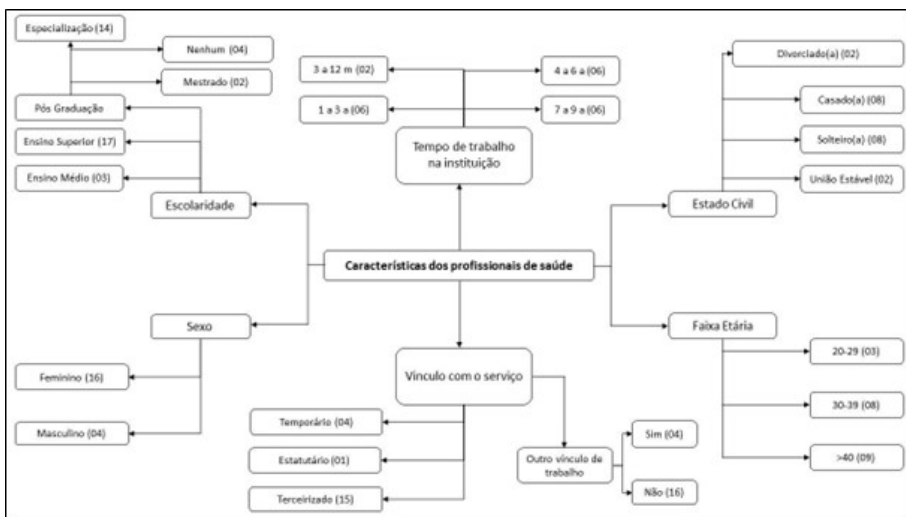
Para análise de dados utilizou-se o software “Atlas. Ti”, usado em pesquisas qualitativas, sendo uma ferramenta que auxilia os pesquisadores no processo de organização da análise de dados. As inferências e classificações foram realizadas pelos pesquisadores com o apoio de fundamentos teóricos (ATLAS, 2021).

O estudo contou com autorização do Comitê de ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas sob o parecer 2.529.212. Os profissionais foram informados sobre o objetivo da pesquisa e, quando de acordo a participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, segundo as Resoluções n. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Em relação às características dos profissionais, predominaram participantes do sexo feminino (80%), com idades entre 20 e 50 anos (média=41,0±8,0 anos), estado civil: casados (40%) e solteiros (40%). O nível de escolaridade foi, predominantemente, nível superior (85%) e o tempo de serviço na instituição variou de seis meses a nove anos. O principal vínculo dos profissionais com a instituição era terceirizado (75%), sendo que grande parte não tinha qualquer outro vínculo de trabalho (80%), conforme apresentado na figura abaixo.

Figura 1 - Características dos profissionais participantes no estudo.



Fonte: Dados da pesquisa.

No que concerne a análise de conteúdo emergiu 4 categorias: (1) Cuidado ao idoso; (2) Processo de trabalho: reordenamento do serviço; (3) Gerenciador do cuidado: facilitador no atendimento; (4) Barreiras na aplicabilidade do treinamento em técnicas para mudança de comportamento.

Cuidado ao idoso

O estudo identificou que o entendimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado emerge em sua maioria da prática durante toda sua trajetória profissional. Em relato dos entrevistados, o cuidado ao idoso está relacionado ao acolhimento, a forma de abordar, tratar e a escuta ativa que esse profissional vai ter com o paciente.

O cuidado ao idoso ali realmente tem que ser algo integral, você não pode olhar por partes, você tem que olhar o paciente como um todo, como uma pessoa que tem seus hábitos e já tem sua cultura e seus problemas emocionais. Então, você precisa olhar ela como um todo e tentar acolher essa pessoa [...]. (P10)

Quando a gente fala de cuidado principalmente na parte, assim falando de saúde do idoso, é aquela coisa que você acolhe, você respeita o ser humano da melhor forma possível [...]. A gente tem que ver a integralidade da pessoa, levando muito em consideração todas essas questões, tem que ter muito a visão de integralidade e desse acolhimento, [...]. (P6)

Essas afirmativas constituem um fator importante no cuidado, que se expressa em forma de preocupação, amor e acolhida, e sugere que o citado núcleo representativo seja considerado na formação e qualificação dos profissionais de saúde, permitindo reconstruir novas práticas no cuidado dos idosos (MENDONÇA *et al.*, 2021; PARANHOS, ALBUQUERQUE, 2018). As falas apresentadas reforçam que o cuidado se refere a dar atenção, tratar, respeitar e acolher o ser humano, além disso, pode-se dizer que o cuidado é mais que um ato especial, é um modo de ser (MENDONÇA *et al.*, 2021).

Cuidar inclui dar atenção especial, devoção a alguém ou algo e responsabilidade para com alguém. Esses significados são atribuídos a uma dimensão social que implica interações entre os sujeitos (MEDEIROS, 2019). Com o passar dos anos, o termo passou a ser cada vez mais voltado para a saúde, fenômeno que ocorre na medida que o ato é realizado. Esse feito é resultado da evolução da prática de cuidados de saúde, que se tornou mais especializada e embasada em evidências ao longo do tempo.

Outro fator mencionado, relaciona-se à perspectiva de proporcionar a autonomia para esse público. Os profissionais de saúde mencionaram que suas preocupações não se direcionam em apenas cuidar e prestar toda assistência possível, mas também ensinar e investir no autocuidado mesmo na ausência do profissional. Tais aspectos surgem em variadas configurações como, respeitar e valorizar a autonomia do idoso, corresponder às suas vontades e desejos e tratá-lo com respeito e carinho.

[...] cuidado como um todo é para desenvolver, para promover autonomia e independência para o nosso público que é o idoso, o nosso público é um público muito ativo [...]. (P7)

[...] cuidar e dar autonomia para ele, é mostrar o autocuidado, ter cuidado com ele, mas dando autonomia, independência para ele, não deixando ele dependente da equipe multiprofissional. (P8)

No contexto biomédico, os pacientes idosos encontram obstáculos no exercício da autonomia, onde o envelhecer não deve ser considerado sinônimo de incapacidade. Para o incentivo à manutenção da autonomia, é necessário o entendimento de certas peculiaridades que tornam esse grupo mais vulnerável, seja pela presença de doenças e/ou pelo próprio avançar da idade (PARANHOS, ALBUQUERQUE, 2018). O profissional de saúde deve estar atento às condições de saúde apresentadas, e com isso, proporcionar um ambiente que incite a reflexão e a tomada de decisão pelo próprio indivíduo (LANGE, 2018).

Assim, promover a autonomia e os direitos de autodeterminação das pessoas idosas e manter a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha são fatores fundamentais para melhorar a sua qualidade de vida. Portanto, é importante considerar o idoso em seu contexto único e de vida, com o objetivo de preservar ao máximo sua autonomia e independência (DIAS *et al.*, 2015). Considerando que o cuidar da pessoa idosa abrange vários fatores como acolhimento, integralidade e autonomia, os profissionais precisam sempre considerar que o cuidado do indivíduo deve ser revisto no que tange às suas necessidades, estabelecendo um vínculo de respeito.

Processo de trabalho: reordenamento do fluxo de atendimento e prontuário

A organização dos atendimentos da instituição era pautada nas demandas relatadas pelos usuários, onde o profissional de saúde identificava as necessidades de intervenção. O novo modelo proposto foi pautado na padronização do processo de triagem, realizada por profissionais da área de enfermagem, permitindo a avaliação multidimensional das fragilidades individuais apresen-

tadas pelo idoso e encaminhamentos de forma sistematizada.

Os profissionais reconhecem as dificuldades no processo de trabalho e as melhorias que o modelo de cuidado proporcionou na organização, porém ainda não consideram totalmente eficaz e eficiente. A equipe da policlínica informou que obteve pouco contato com a estrutura visual do fluxo, o que dificulta especificar os processos internos como encaminhamentos e retornos de consultas.

Relacionado a isso, eles apontam que o fluxo ainda é algo em construção, que deve ser analisado e avaliado periodicamente em todas as instituições de saúde devido às várias especialidades que as compõem.

Eu particularmente ainda tenho muitas dúvidas sobre os encaminhamentos dentro do fluxograma, a comunicação do fluxo também para mim ainda é muito deficiente [...], mas o protocolo é realmente válido [...]. (P3)

Essa nova organização de documentação, implementação para organizar o fluxo e para trazer melhorias para a policlínica, é algo pouco claro e muito fidedigno, positivo, só que assim, a gente não pode ainda dizer que é 100%, é algo em construção na vivência [...]. (P7)

O processo de trabalho consiste em um conjunto de atividades inter-relacionadas para o alcance de uma finalidade específica, podendo estabelecer e manter condições favoráveis à implantação de um determinado modelo assistencial, a fim de proporcionar aos usuários um cuidado holístico, ou seja, atender suas necessidades de saúde (SOUSA *et al.*, 2021).

O fluxograma é uma tecnologia de representação gráfica, que pode descrever de forma clara e precisa um determinado processo, podendo ser redenhado conforme as necessidades. Esse instrumento deve conter um "propósito", "conteúdo" e "método" do fluxo de trabalho (BARBOZA, FRACOLLI, 2015; FERREIRA DO NASCIMENTO, 2017). As instituições buscam padronizar os processos administrativos, incentivar a gestão através de ferramentas que contemplem as transações em andamento e evitar interrupções em pontos críticos do processo de atendimento, os chamados gargalos, que geram atrasos inesperados e são contrários à objetividade (VALENTIM, 2015).

O fluxo de atendimento citado pelos profissionais consiste em um instrumento facilitador deste processo como organização dos trabalhadores de saúde, que configura uma forma de cumprir e garantir a integralidade da assistência a pessoa idosa. Então, os fluxogramas devem ser utilizados, de forma que possibilite uma visão clara sobre o curso do trabalho no momento de

prestar a assistência à saúde, contribuindo de forma positiva com o processo organizacional da instituição (SOUSA *et al.*, 2021).

Com isso, o prontuário se apresenta como outro instrumento do processo de trabalho importante para a organização do cuidado a pessoa idosa. Esse é definido com um documento único composto de informações, sinais e fatos relacionados a saúde do paciente. Ele possibilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo possível a continuidade do atendimento ao indivíduo (BORROZZINO, PISA, 2015). Cabe destacar que, antes os prontuários eram unificados sem divisão por especialidades, o que dificultava a localização de fichas e documentos do paciente. Com a implementação do processo, cada usuário teve seu prontuário internamente dividido por especialidade, identificadas com cor e nome.

Relacionado a isso, os profissionais de saúde ressaltaram que apesar das melhorias implantadas, ainda ocorrem falhas na organização deste documento. Enfatizam ainda que, se isso for corrigido, o processo de trabalho seria mais eficaz no tempo de atendimento. Pontuaram que o prontuário eletrônico seria uma importante ferramenta para corrigir as falhas que ainda ocorrem.

Eu acho que ainda não conseguimos também fazer de uma forma que fique direitinho [...], às vezes acontece de o retorno estar lá na última folha do prontuário, aí tem que ficar passando todos [...]. Eu acho que deveria tentar ser mais organizado. Estavam tentando, alguns estavam vindo já organizados, mas ainda tinha essa falha. (P11).

Já que está discutindo melhorias, geralmente em outros locais a gente usa o prontuário eletrônico, ele geralmente aparece em um alerta naquilo que pode impactar na condução do tratamento, [...] acho que de repente pode ser uma coisa que a gente possa adotar. (P10).

Em uma nova percepção, o prontuário eletrônico vem com a proposta de atender às necessidades de novos modelos de atenção e gestão à saúde (GOES *et al.*, 2013). Vale ressaltar que, de acordo com a literatura, o uso da tecnologia garante que toda a equipe de assistência possa compartilhar os dados do paciente de forma eficaz e ágil, podendo essa troca ser realizada até remotamente. Essa ferramenta elimina um problema comum na prática clínica: o fato de as informações manuscritas dos profissionais serem difíceis de identificar em prontuários impressos e a má interpretação dos dados clínicos (SILVA, 2021).

A adoção de serviços e soluções de natureza tecnológica é crescente e penetra em segmentos de mercado antes considerados resistentes a tais mudanças,

como as organizações em âmbito hospitalar (MONTIBELER KRAUSE, CASTRO DE CARVALHO, GALVÃO, 2020). Com base nas reflexões dos profissionais de saúde, estes podem se beneficiar de ferramentas inovadoras e seguras para melhorar o Fluxo de trabalho e, mais importante, a comunicação. No cenário do profissional, as vantagens do uso desse recurso é algo que integra o cotidiano de atuação em campo e facilita o acompanhamento do plano de cuidado (PEREIRA, 2022).

No contexto dos serviços de saúde as inovações tecnológicas no campo da comunicação estão cada vez mais presentes, pois são fundamentais no aperfeiçoamento de registros, captação de dados, melhor controle de documentos e arquivamento das informações. Assim a aplicabilidade destas tecnologias pode contribuir para a melhorias na assistência ao idoso (STRAUSS, 2018).

Gerenciador do cuidado: facilitador no atendimento

Durante a implantação do modelo de cuidado ao idoso na instituição, o acolhimento e acompanhamento era realizado por uma enfermeira com o papel central de gestão do cuidado. Relacionado a isso, os entrevistados descreveram essa figura como um fator apoiador e condutor dos idosos no cuidado dentro e fora da policlínica, possibilitando um feedback dos pacientes para os profissionais.

Ela ajudou muito em relação ao acompanhamento dos idosos com sintomas, retorno e para onde deveria ir. (P17)

O gerente de cuidado eu entendo como aquela pessoa que faz o link entre as diversas áreas, para tentar facilitar a vida do paciente. (P6)

Eu entendi que eles estavam ali dando suporte né, no nosso atendimento como reforço [...]. (P1).

A gestão em saúde é entendida como à busca de assistência de qualidade e melhores condições de trabalho para profissionais, com foco no usuário do serviço buscando à integridade da atenção. Com isso, o gerenciador do cuidado facilita processos administrativos e articula ações diretas com os diferentes atores: usuários e os demais profissionais da equipe de saúde (FERMINO *et al.*, 2017). Baseia-se na articulação da gestão em saúde, estratégias, conhecimentos e recursos institucionais para a intervenção de problemas e necessidades de saúde-doença dos idosos. Esse profissional na figura de gerenciador do cuidado atua na organização do processo de trabalho e nas práticas profissionais, visando uma melhor prestação do serviço e a satisfação do usuário (SANTANA *et al.*, 2020).

Destaca-se que os profissionais reconhecem a importância de conhecerem sua equipe, a fim de direcionar melhor o trabalho a ser realizado, de acordo com a aptidão de cada profissional, favorecendo uma assistência de qualidade. Para alguns entrevistados o gerenciamento do cuidado funcionava como uma extensão da atenção ao idoso mediante as suas necessidades com citado no relato abaixo:

[...] na verdade é uma continuidade do nosso trabalho, que já vem sendo realizado dentro da policlínica. Eu acho que, esse cuidado está sendo integrado junto a toda a equipe e dando continuidade pelo gerenciamento do cuidado. (P16)

[...] esse profissional do gerenciamento fazia o cuidado, proporcionava para gente saber como tá o nosso paciente, será que ele tá tendo boa aceitação, tá tomando os remédios direitinho, será que ele tá lembrando da tomada de decisão dele, que ele tem que ter, diante de qualquer doença que ele venha apresentar, então é importante também ter essa responsabilidade, estar orientando por esse profissional, dando continuidade na saúde desse paciente. (P19).

Nessa linha de pensamento, considera-se o gerenciamento como um aprofundamento do cuidado, de modo a atender às necessidades dos usuários dentro e fora da instituição. Essa ideia de atenção ao idoso exige continuidade, ou seja, mais do que uma série de cuidados. Portanto, o tratamento, o apoio e as conexões com os serviços e com a equipe precisam ser bem articulados (ROSSI, SILVA, 2005).

A transição do paciente entre diversos profissionais, setores e serviços é complicada e leva a um aumento na espera para resolução de problemas. Em resposta a esses desafios, intervenções de cuidados de transição são fundamentais, incluindo educação de autogestão, acompanhamento estruturado e coordenação entre eles por um profissional apto para essa comunicação (COSTA *et al.*, 2019). Os idosos apresentam características e demandas diferentes no processo saúde-doença, o gerenciamento do cuidado é uma ferramenta que auxilia os profissionais no acompanhamento e na continuidade do cuidado muito além das portas da instituição (HADAD, JORGE, 2018).

Barreiras na aplicabilidade do treinamento em técnicas para mudança de comportamento

Os profissionais de saúde entrevistados citaram que a capacitação e qualificação são componentes primordiais para o desenvolvimento de estratégias

para motivação do autocuidado e bem-estar da pessoa idosa. Argumentaram que essas estratégias de capacitação devem estar interligadas entre as especialidades para não criar uma dificuldade na aplicabilidade, dado que, um profissional pode empregá-lo com mais domínio que outro.

Autores apontam que, para a melhoria e adequação em modelo de cuidado, tem-se a necessidade de capacitação profissional, voltadas para atender as necessidades individuais e integrais do paciente (VERAS, 2016). No entanto, esses treinamentos devem estar alinhados ao cotidiano e realidade onde estão inseridos.

[...] as técnicas apresentadas são legais, são ótimas, porém eu acho que a gente precisaria definir isso porque imagina, quem não tá acostumado com todas as técnicas apresentadas a gente acaba que no atendimento seguindo um rumo que a gente aprendeu na graduação, falando especificamente da minha área de atuação [...] então, seria bom ter uma linha uma de segmento para todos, seria muito mais interessante, porque a gente teria como aplicar melhor as técnicas apresentadas. (P2)

Eu penso que também a gente teria que encontrar uma forma de trazer técnicas motivacionais mais rotineiras as mais comuns, por exemplo, criar forma de que todo mês por exemplo eu aprendesse uma o que a gente pudesse empregá-las de fato nos atendimentos, em vez de ser por exemplo, várias técnicas e centralizar uma de acordo com cada área de acordo com cada profissional. (P1)

O treinamento não pode ser compreendido apenas como um método que transmite novas informações, ele deve instruir o profissional a atingir um nível de desempenho eficaz, que possibilita o alcance de objetivos propostos pela instituição. Com isso, devido ao envelhecimento acelerado da população do país, a formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar na área do envelhecimento, é uma das ações prioritárias da política nacional do idoso no Brasil (LOPES *et al.*, 2019). É necessário compreender as características, necessidades e expectativas para prestar um cuidado mais direcionado, adequar o comportamento à realidade de cada pessoa. O profissional de saúde deve estar apto a promover e proporcionar autonomia e independência voltada para essa parcela da sociedade (OLIVEIRA, MORAES, 2021).

Os Treinamentos de técnicas para mudança de comportamento e autocuidado reforçam os aspectos que envolvem a concepção e conjuntura da autonomia e integralidade, enfatizando as relações e os vínculos entre os profissionais da saúde e usuários dos serviços (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2015). Nas narrativas por parte da equipe aponta que, na prática não era

possível aplicar aquilo vivenciado no treinamento, pois aspectos que envolvem diferentes formações e experiências podem repercutir e impactar no desempenho dos atores sociais envolvidos: profissionais e usuários (OLIVEIRA, MORAES, 2021).

Os aspectos mencionados, certificam que os treinamentos propostos devem ser alinhados para aquilo que realmente é vivenciado no cotidiano do profissional, e que se apresenta como um importante desafio a ser observado por modelos e instituições de saúde que envolve o idoso, seja pela deficiente capacitação dos profissionais de saúde, ou pela dificuldade de incorporar os princípios aprendidos na capacitação.

Considerações finais

O estudo visou identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre as potencialidades de um serviço organizado para a assistência da população idosa e quais as principais barreiras encontradas na implementação de estratégia de inovação no processo de cuidado ao idoso.

Foi identificado que o reconhecimento por parte da equipe e das especificidades de serviços voltados para a população idosa está relacionado ao conceito de cuidado, emergindo principalmente da prática ao longo da trajetória do profissional de saúde. Essa compreensão traz reflexões sobre o cuidado, baseado na necessidade de individualização, das estratégias para a manutenção da autonomia e a importância da gestão em legitimar a participação ativa das profissionais no desenvolvimento de inovações de processos, além de reconhecer a importância da inovação para aumentar a receptividade pela equipe. Também se destaca a relevância do treinamento/educação continuada para a efetiva implementação de novos processos de gestão.

Em conclusão, a investigação permitiu identificar e elucidar a vivência e as experiências dos profissionais de saúde na implementação das inovações. É de extrema importância a adoção de modelos e processos inovadores de cuidado ao idoso no SUS, abrangendo não apenas os profissionais, mas também os usuários e gestores, visando alcançar uma perspectiva macro.

Referências Bibliográficas

- ATLAS. **Ti: The Qualitative Data Analysis & Research Software**. 2019.
ATLAS.ti. 2021. Disponível em: www.atlasti.com. Acesso em: 15 out. 2020.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036–1044, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tygxnDVp8xM4YQVyZxpKtR/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BORROZZINO, N. F.; PISA, I. T. Aspectos legais do Prontuário Eletrônico do Paciente: um comparativo do cenário atual frente à resolução do Conselho Federal de Medicina. **Ciência. Práxis**, 2015, v. 8, n. 15, p. 23–27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 2014.

CORIOLO-MARINUS, M. W. DE L. *et al.* Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface**, 2015, v. 19, n. 53, p. 311–324.

COSTA, M. F. B. N. A. DA *et al.* The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2019, v. 53, p. e03477.

CRUZ, P. K. R. *et al.* Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, 2020, v. 23, n. 6, p. e190113.

DIAS, K. C. C. DE O. *et al.* Strategies to humanize the care of hospitalized elderly: study with assistant nurses. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2015, v. 7, n. 1, p. 1832–1846.

FERMINO, V. *et al.* Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2017, v. 19, p. 1-10.

FERREIRA DO NASCIMENTO, V. Fluxograma de acesso e atendimento de enfermagem em unidade de saúde da família. **Revista Gestão & Saúde**, 2017, v. 4, n. 1, p. 1644–1649.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE *et al.* Quality of Primary Health Care in Brazil: patients'view. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018, v. 71, n. supl. 6, p. 2713–2719.

GOES, A. C. *et al.* Os benefícios da implantação de um prontuário eletrônico de paciente. **RAHIS**, 2013, v. 10, n. 2, p. 40-51.

HADAD, A. C. A. DE C.; JORGE, A. DE O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde em Debate**, 2018, v. 42, n. spe4, p. 198-210.

LANGE, C. *et al.* Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018, v. 71, n. 5, p. 2411-2417.

LOPES, G. G. *et al.* A importância do treinamento voltado à segurança do trabalho para as organizações e colaboradores. **Brazilian Journal of Development**, 2019, v. 5, n. 9, p. 15653-15667.

MEDEIROS, C. B. *et al.* A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural**, 2019, v. 4, n. 3, p. 43-56.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Rev. Med Minas Gerais**, 2008, v. 18, n. 4, p. 3-11.

MENDONÇA, J. M. B. DE *et al.* The meaning of aging for the dependent elderly. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2021, v. 26, n. 1, p. 57-65.

MONTIBELER KRAUSE, V.; CASTRO DE CARVALHO, L.; GALVÃO, J. Determinantes da adoção de tecnologias na saúde: um estudo sobre o prontuário eletrônico. **RAHIS**, 2020, v. 16, n. 3, p. 99-110.

OLIVEIRA, M. R. D. E.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. D. E. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis**, 2018, v. 28, n. 4.

OLIVEIRA, R. DA C.; MORAES, M. C. L. DE. Professionals from family health teams and user embracement: training and protocols. **Brazilian Journal of Development**, 2021, v. 7, n. 7, p. 65989-66003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Regional Framework on Healthy Ageing (2018-2022). **Regional Office for South-East Asia 2018**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311067/9789290226154-eng.pdf>.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. **Revista de Direito Sanitário**, 2018, v. 19, n. 1, p. 32-49.

PEREIRA, I. R. D. de O. *et al.* A gestão de benefícios em um projeto de implantação de prontuário eletrônico do paciente: a perspectiva de profissionais da saúde sob à luz do modelo visual lifecyclecanvas. **Revista de Gestão e Projetos**, 2022, v. 13, n. 1, p. 189–214.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. DA. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2005, v. 39, n. 4, p. 460–468.

SANTANA, N. *et al.* Educação permanente como estratégia para aprimoramento de registros de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2020, v. 33.

SILVA, C. R. DA. História do Prontuário Médico: Evolução do Prontuário Médico Tradicional ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP. **Research, Society and Development**, 2021, v. 10, n. 9, p. e28510918031.

SILVA, M. V. S. DA; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. DE. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface**, 2017, v. 21, n. 62, p. 589–599.

SOUSA, S. M. DE *et al.* Integration strategies for caring for chronic non-communicable diseases: a case study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2021, v. 74, n. 1, p. e20190563.

STRAUSS, B. The patient perception of the nurse-patient relationship when nurses utilize an electronic health record within a hospital setting. **Computers, informatics, nursing: CIN**, 2013, v. 31, n. 12, p. 596–604.

VALENTIM, Marta L P; SANTOS, Juliana C. Gestão da Informação em Ambientes Organizacionais: Em Foco o Setor Têxtil e de Vestuário. **Inf. Prof.**, 2015, v. 4, n. 1, p. 56 – 81.

VERAS, R. *et al.* Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2016, v. 19, n. 6, p. 887–905.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018, v. 23, n. 6, p. 1929–1936.

CAPÍTULO 12:

Operacionalização da rede de cuidados à pessoa com deficiência no Amazonas: o olhar do grupo condutor estadual

Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos

Hadassah dos Reis Maia

Victor da Silva Aquino

Kátia Suely Queiroz da Silva Ribeiro

Jorge Henrique Santos Saldanha

Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça

Tiótrefis Gomes Fernandes

Introdução

De acordo com dados levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as informações sobre a Carga Global de doenças indicavam que em 2004, cerca de 2,9% da população mundial apresentava alguma deficiência severa e 15,3% alguma deficiência moderada a severa. Dados de 2011 apontaram que os números chegaram a mais de um bilhão de pessoas com alguma deficiência no mundo, o que significava uma em cada sete pessoas. O Relatório Mundial sobre a Deficiência apontou que 80% das pessoas que vivem com alguma deficiência residem nos países em desenvolvimento, tem um custo de vida maior em cerca de um terço da renda em comparação com aqueles sem deficiência, e enfrentam diversos desafios ao longo de suas vidas, tais como: completar a escola primária; ter acesso a tratamento médico, psicológico e funcional; desenvolver suas capacidades e habilidades; e, participar integralmente de atividades recreativas e sociais (OMS, 2011).

Em 2010, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicou que 23,9% da população brasileira, tinha algum tipo de deficiência (motora, visual, auditiva ou intelectual), porém em um sentido mais amplo da deficiência, baseado em um autorrelato de qualquer limitação causada pela deficiência (IBGE, 2010). No entanto, ao estabelecer um critério de comparabilidade internacional baseado nos estudos da Comissão de Estatística da Organização das Nações Unidas (ONU), o Grupo de Washington, os números mudaram para 6,7%, pois agora consideravam o parâmetro da extrema dificuldade ou impossibilidade de realizar tarefas. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, apontou que 6,2% da população possuía alguma das quatro deficiências (visual, auditiva, intelectual e física), com maiores proporções entre os mais velhos e diferenças entre as regiões do país (MALTA *et al.*, 2016).

Para tratar da temática da pessoa com deficiência (PCD), é importante estabelecer uma compreensão sobre este conceito. Ao longo dos anos, o entendimento sobre pessoa com deficiência passou por várias interpretações mas, para este estudo, consideramos o disposto pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

Aquela que possui um impedimento de médio ou longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o que, em interação com uma ou mais barreiras, pode comprometer sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Historicamente, a Constituição Federal (BRASIL, 1988), a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002) foram importantes na construção de um embasamento legal e organizativo do acesso aos cuidados em saúde para pessoas com deficiência, garantindo, portanto, atenção integral e irrestrita aos serviços de saúde, seja em atenção básica, média ou alta complexidade e considerando as especificidades de cada deficiência. Percebendo-se a necessidade de organizar e estabelecer modelos de atenção diferenciados para as particularidades encontradas no contexto da pessoa com deficiência, foi então instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Os objetivos gerais da RCPD consistem em: ampliação do acesso e qualificação do atendimento; promoção da vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e da integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando

o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. A portaria também apresenta o modelo de operacionalização para implantação da RCPD, devendo este ocorrer em quatro fases: I- diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; III - contratualização dos Pontos de Atenção; IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

A adesão à RCPD estrutura-se a partir da instituição do Grupo Condutor Estadual (GCE) da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde. Nota-se, portanto, o grande papel dos Grupos Condutores Estaduais para a implantação e funcionalidade da RCPD, onde responde pela implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência e acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

Ribeiro e colaboradores (2022) investigaram o papel dos grupos condutores em oito estados brasileiros na governança e implementação da RCPD, analisando sua constituição e ações realizadas. Foi utilizada pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, multicêntrica, e análise documental entre abril de 2012 a dezembro de 2018 como método de pesquisa. Identificou-se que em seis estados foram instituídos Grupos Condutores exclusivos destinados ao acompanhamento da RCPD e em dois estados a condução foi realizada pelos Grupos Condutores das Redes de Atenção à Saúde. Observou-se heterogeneidade na composição dos GCEs e na realização das atribuições previstas, refletindo indefinições da portaria e desafios de cada estado para a regionalização, participação social, planejamento, acompanhamento e monitoramento da RCPD. Todavia, destacou-se o protagonismo destes Grupos enquanto espaço de governança gerencial.

Esta Rede de atenção à saúde tem ganhado notoriedade no Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos. Em 2018, em parceria com o CNPQ, o MS lançou um edital de fomento à pesquisa, cujo objetivo foi selecionar propostas de projetos sobre avaliação da implementação da RCPD no âmbito do Sistema Único de Saúde, através do Edital Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD N°35/2018 – Avaliação da Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde. Na oportunidade, cinco projetos foram contemplados, dentre eles “*Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – BRASIL*”, tendo como objetivo analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a fim de possibilitar a construção de um

panorama nacional e comparativo da implantação da RCPD nas regiões do país. Ademais, os resultados deste projeto também contribuem para mostrar a importância de se conhecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil, aprimorar a qualidade do cuidado ofertado às pessoas com deficiência no SUS, e também instigar a construção de outros estudos que avaliem a RCPD e o contexto da pessoa com deficiência no país.

Para Campos *et al.* (2015), é importante a forma como a política da RCPD cresce em todas as suas ações, revelando aprimoramento em relação aos princípios do SUS. A otimização e ampliação do acesso à saúde das pessoas com deficiência confirma a universalidade do sistema; a identificação e respeito às diferenças reforçam o princípio da equidade por meio dos projetos terapêuticos singulares que percebem o contexto e a necessidade onde a pessoa com deficiência está inserida; e, por último, a integralidade se reflete nas ações de saúde nos diferentes pontos de atenção que se integram, construindo e fortalecendo a inclusão da pessoa com deficiência de acordo com a sua necessidade.

No entanto, um estudo teórico realizado por Machado *et al.* (2018), aponta fragilidades da RCPD como a falta de articulação entre os pontos de atenção, estrutura física precária, pouca tecnologia para atendimento e necessidade de capacitação dos profissionais para atuarem nos serviços. Essas carências, segundo o autor, se justificam no fato de ser uma política nova e ainda com poucos investimentos, por isso percebida como fragmentada e descontínua em aspectos como a atenção básica e reabilitação. Os autores sugerem mais investimento no diálogo, envolvimento e articulação entre gestores de saúde, a fim de corrigir as falhas identificadas no processo assistencial de cuidado para a população com deficiência.

As abordagens dos autores mencionados reforçam ainda a importância do papel do Grupo Condutor Estadual na organização da RCPD, uma vez que este tem a responsabilidade de gerenciamento e supervisão no processo de construção, monitoramento da continuidade das ações e manutenção dos serviços dentro da RCPD, com vistas ao alcance final de um arranjo funcional e eficiente para o usuário com deficiência em qualquer nível de atenção e em qualquer lugar do Brasil.

Ao considerar as dimensões continentais do país e as suas diferenças regionais, o estado do Amazonas possui certa peculiaridade. Trata-se da maior unidade federativa do país, com uma baixa densidade demográfica, população composta por diversos grupos culturais, e características geoclimáticas que requerem estratégias muito bem desenhadas para alcançar toda a população distribuída no seu espaço territorial. Há neste estado uma

dificuldade de assistência à saúde a toda população, principalmente para os grupos isolados devido ao acesso complexo, e uma concentração dos principais serviços de saúde na capital Manaus, corroborando com Garnelo, Sousa e Silva (2017):

“[...] as dificuldades e o ritmo lento da política de redes e regiões de saúde não se resumem a dificuldades intrasetoriais e do processo de gestão, mas também precisam ser entendidos à luz das características de organização da vida no Amazonas, marcada pela atomização e dispersão dos espaços sociais, em contraponto à absoluta centralidade de Manaus, assim como as condições instituídas pela natureza e pelo tipo de organização social da população podem e devem ser levadas em conta no processo de planejamento em saúde.”

Desse modo, é importante ter sensibilidade e cuidado ao tratar da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos diferentes contextos brasileiros e, de forma mais aprofundada, a RCPD, contribuindo para aumentar a visibilidade da pessoa com deficiência, bem como ofertar com qualidade os serviços de saúde dos quais necessitam em um contexto tão particular como o Amazonas. Para entender a construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado, fez-se a construção de uma análise do processo de implantação da RCPD no Amazonas, a partir do ponto de vista de representantes do Grupo Condutor Estadual a fim de compreender a operacionalização das ações e as particularidades encontradas na execução das etapas que compõem o processo.

O objetivo geral do presente trabalho foi conhecer o processo de operacionalização da RCPD no estado do Amazonas, a partir do olhar do Grupo Condutor Estadual. E, como objetivos específicos, buscou-se: identificar potencialidades e barreiras enfrentadas pelos grupos condutores na construção da RCPD no estado; observar como se deu a operacionalização da RCPD no Amazonas desde a sua instituição pelo Ministério da Saúde em 2012; e enumerar os principais desafios na gestão da RCPD no Amazonas, pelos grupos condutores.

Metodologia

Tratou-se de pesquisa exploratória e descritiva, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, e faz parte de um projeto maior denominado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN-Brasil”, coordenado pela Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (UFPB) e aprovado com fomento no Edital CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD nº 35/2018. A REDECIN-Brasil trata-se de uma pesquisa de caráter multicêntrico com participantes de 8 estados da federação representan-

do as 5 regiões do país, e tem como objetivo principal analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral nos estados envolvidos, fazendo uso de métodos mistos de pesquisa, ou seja, de natureza quantitativa e qualitativa (RIBEIRO *et al.*, 2021). Este projeto obteve aprovação no CEP da instituição proponente - UFPB (Parecer 3.348.643) e nos CEP das instituições participantes, dentre elas a UFAM com o parecer 3.799.960, de 14 de janeiro de 2020.

Para o atual estudo, foram utilizados dados extraídos de entrevistas realizadas com três pessoas que compõem o Grupo Condutor Estadual do Amazonas no ano de 2020. Foram utilizados roteiros para entrevistas semiestruturadas compostos por perguntas sobre: nomeação e função exercida no GCE ou secretaria; o processo de implantação da RCPD no Estado; acompanhamento da RCPD pelo GCE; os facilitadores, desafios e dificuldades encontradas para o monitoramento e a avaliação da articulação entre os diferentes pontos de atenção da RCPD; elementos da RCPD que contribuem e dificultam a garantia de uma atenção integral à PCD; implantação de diretrizes e protocolos clínicos destinados à orientação e ao cuidado à pessoa com deficiência; apoio e acompanhamento do GCE pela Câmara Técnica de Assessoramento quanto às ações da RCPD (quando pertinente); e avaliação da atuação da Câmara Técnica em apoio ao GCE (quando pertinente).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por avaliação de conteúdo, tendo como parâmetro a Portaria GM/MS nº 793, que institui e regulamenta a RCPD no Brasil. Para análise das informações foi utilizado o IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), um software livre que permite o processamento e a análise estatística de textos produzidos, e que oferece como resultados a pesquisa de especificidades de grupos, a classificação hierárquica descendente e a nuvem de palavras que agrupam-se graficamente de acordo com sua frequência no texto (MOIMAZ *et al.*, 2016). Importante salientar que o software ajuda na interpretação das informações, mas não substitui o pesquisador na avaliação de conteúdo.

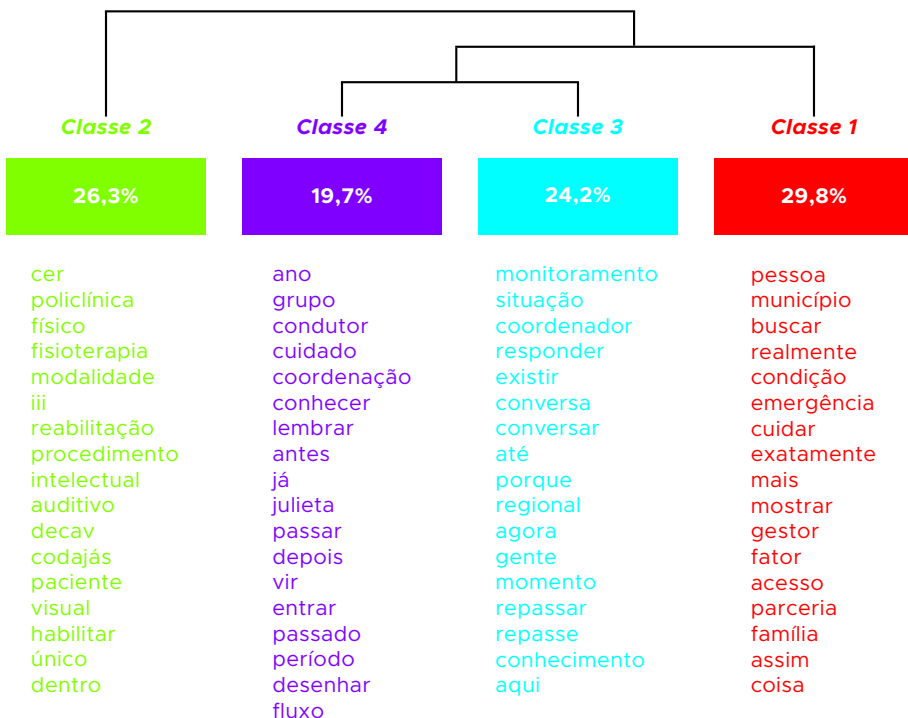
As três entrevistas realizadas com representantes do Grupo Condutor Estadual foram transcritas integralmente e, em seguida, passaram por um filtro textual para retirada de palavras coloquiais e repetições, como “né”, “tá” e “ai”, a fim de se estabelecer um padrão de documento adequado para análise (corpus). Finalmente, foram salvas em formato “txt” na porta UTF8 para serem analisadas no software IRAMUTEQ. Para os resultados desta pesquisa foram usados o dendrograma com classe de palavras e a nuvem de palavras como categorias de sentido a serem discutidas.

Resultados e Discussão

A análise do texto proveniente das entrevistas do Grupo Condutor Estadual resultou em um agrupamento de palavras com força associativa que deu origem a quatro classes. A hierarquia de apresentação dessas classes é gerada de acordo com a frequência das palavras dentro dos textos das entrevistas, assim, quanto mais vezes citadas pelos entrevistados, maior a sua importância para a análise do conteúdo.

Abaixo, a figura 1 apresenta o dendograma produzido pelo software IRAMUTEQ com as classes de palavras hierarquizadas não por sequência numérica, mas conforme sua força repetitiva nos discursos. Assim, as classes estão organizadas da direita para a esquerda, seguindo a ordem: classe 1, classe 3, classe 4 e classe 2. Esta, portanto, é a sequência utilizada para a discussão dos resultados.

Figura 1: Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: IRAMUTEQ

Os achados nas entrevistas respondem de forma complementar ao art. 9^a da Portaria nº793/2012, pois oferecem de forma mais aprofundada o parecer dos representantes do Grupo Condutor Estadual em aspectos específicos do que compõe a responsabilidade de “acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2012). É, portanto, necessário traçar este paralelo a fim de trazer a luz a relação entre a realidade vivida e a teoria proposta.

A seguir, serão discutidas as particularidades de cada uma das classes identificadas pelo software, seguindo a ordem de hierarquia apresentada e considerando as falas das entrevistas em complementaridade.

Classe 1 - Barreiras amazônicas na implantação da RCPD

Como se nota na imagem, algumas das palavras mais expressivas verificadas nesta classe foram: pessoa, município, emergência, cuidar, mostrar, gestor, acesso, parceria e família. De forma geral, esta categoria mostra a percepção do Grupo Condutor estadual em relação à necessidade de ampliação do acesso aos serviços e às dificuldades encontradas para implantar a RCPD. As barreiras são apontadas em diversos aspectos sendo o acesso uma delas:

“Infelizmente ainda não temos essa Rede da Pessoa com Deficiência realmente estabelecida, pelas dificuldades exatamente de acesso das pessoas ao serviço (...) Por ser um estado tão grande a gente tem dificuldades geográficas que nos impedem de ser igual à condição daqueles estados que têm um acesso mais facilitado. A gente tem que ver que o fator amazônico não é mito, ele é realidade e eles precisam entender isso, a gente sempre fala no Grupo Condutor Estadual que a gente precisa mostrar pra eles, pro Ministério da Saúde, que o nosso estado é diferente. Então tem condições que a gente não vai conseguir vencer tão cedo assim, é preciso realmente que eles sejam um pouco mais flexíveis.” (Sujeito 3)

O terceiro relatório do Projeto Amazônia 2030 sobre a saúde na Amazônia Legal escancara as desigualdades em saúde entre a Amazônia e demais regiões do Brasil. Identificou-se um desencontro entre necessidades crescentes por serviços de saúde e uma oferta de serviços que permanece restrita. Existem dificuldades no rastreamento, diagnóstico e monitoramento de condições crônicas importantes e estas dificuldades estão em grande medida associadas às dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde. Por sua vez, a oferta de serviços e de recursos permanece relativamente escassa, visto que a razão entre o número de equipes de atenção primária e a área do território, bem como a infraestrutura das Unidades Básicas de

Saúde (UBS) são inferiores ao encontrado no restante do país, assim como a densidade de equipamentos e de profissionais de saúde é relativamente baixa, quadro este com poucos avanços (ROCHA *et al.*, 2022).

Infelizmente, os governos locais têm baixa capacidade de fazer frente aos desafios da saúde, o que é agravante. Os municípios da Amazônia Legal têm menor capacidade de financiar a saúde e são mais dependentes de transferências federais, e os custos com recursos humanos e com custeio na provisão de atenção básica tendem a ser substancialmente superiores na região em comparação ao resto do país. Cerca de metade dos municípios fora da região participa de algum consórcio intermunicipal de saúde, contra apenas 23% na Amazônia Legal. A capacidade de resposta local, portanto, é limitada em dimensões muito relevantes, como é o caso da governança, do financiamento e da coordenação de políticas (ROCHA *et al.*, 2022).

As principais restrições para resolução dessas dificuldades são a baixa capacidade institucional-administrativa em nível subnacional e dificuldades de planejamento e financiamento das ações em saúde de forma adequada às necessidades específicas do contexto amazônico, em particular por existir um “fator amazônico” associado a custos de operação mais altos e dificuldades logísticas. Limitações de atuação das instituições interfederativas, na coordenação do planejamento regional integrado e dificuldades de se organizar as redes de atenção à saúde no território para além de jurisdições municipais e estaduais usuais. E, por fim, a escassez e a rotatividade de profissionais de saúde, sobretudo em municípios do interior (ROCHA *et al.*, 2022).

As particularidades do acesso geográfico também pesam sobre a escassez de profissionais dispostos a trabalhar em alguns municípios do interior amazônico, implicando em aumento de recursos necessários para a remuneração daqueles que se disponibilizam para o trabalho nessas localidades. Além disso, as distâncias geográficas e o difícil acesso a alguns lugares do estado também comprometem a criação de pontos de atenção nos municípios mais afastados, pois requer investimentos que, por vezes, os municípios não dispõem. Ao que se percebe, quanto mais distante da capital, mais altos os custos e, consequentemente, mais difícil se torna a criação e manutenção dos pontos de atenção:

“Gente, nosso maior desafio ainda é a questão geográfica. E assim, ele não é um serviço que pode ser implantado com pouco recurso, até porque ele requer pessoal especializado, né. Equipe médica especializada, então quando a gente fala em municípios, aí a gente já tem uma dificuldade na questão de recurso mesmo. Porque o serviço é habilitado a partir do momento em que ele atende os requisitos mínimos. Ele tem que ter RH, ele tem que ter uma estrutura física mínima, ele tem que ter todos os

equipamentos para o mínimo de funcionamento de um serviço. E a maior dificuldade é o RH. Você não consegue levar um especialista pra um município por menos de trinta mil.” (Sujeito 2)

“Nós não temos RH pra isso, pela nossa questão geográfica de logística de deslocamento entre os municípios a gente não consegue manter um atendimento mínimo (...) Tem município que fica alguns dias sem ter médico clínico geral. É uma situação muito delicada no nosso interior. Nós temos municípios que os médicos cobram 30, 60 mil pra passar 10 dias no município.” (Sujeito 1)

“Na verdade, a gente ainda descobriu que tem poucos municípios que teriam condições de absorver esse serviço, por conta das nossas deficiências de profissionais nas localidades mais distantes, principalmente. Nas maiores a gente consegue ainda ter um ou dois profissionais que possam ajudar a contribuir, mas a maioria infelizmente a gente encontra essa dificuldade, o que dificulta o acesso para as pessoas que precisam dos serviços.” (Sujeito 3)

Há uma relevante escassez de recursos em saúde na Amazônia Legal, são eles: humanos, insumos, infraestrutura física, equipamentos e medicamentos. Na Amazônia podemos separar conceitualmente dois fatores determinantes da saúde da população e oferta de serviços em saúde. O primeiro seria o exógeno, tais como: clima, geografia, heterogeneidade epidemiológica e sociocultural; sendo alguns deles imutáveis como geografia ou o próprio clima. O segundo fator seria os endógenos, que estão relacionados a: políticas públicas, questões de governança, financiamento, gestão e planejamento, e disponibilidade de insumos diretos (recursos físicos e humanos) para a produção de serviços (ROCHA *et al.*, 2022).

Entre prioridades para resolver essa escassez de recursos, citamos a disponibilidade de recursos financeiros que garantam às unidades de saúde condições básicas necessárias ao funcionamento como acesso à energia, saneamento, sistemas de comunicação e notificação adequada. Quanto aos recursos humanos, é importante avançar de modo efetivo em estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde na região. Parte importante deste esforço pode ser coordenada em nível macro, com o governo federal e estados com maior protagonismo em ações que incentivem a interiorização de profissionais de saúde. Isso pode se dar, por exemplo, com o fortalecimento do Programa Mais Médicos (PMM), com a expansão de programas de residência específicos para a Amazônia, de parcerias entre universidades e governos estaduais, com a valorização dos profissionais e através de contratos de trabalho, cujo desenho induza a diminuição da rotatividade e o alongamento do vínculo dos profissionais com o território (ROCHA *et al.*, 2022).

Outro ponto importante levantado nas entrevistas é a necessidade de melhor entendimento dos gestores sobre o funcionamento das regiões de saúde e o engajamento estratégico e financeiro em ações intermunicipais dentro das redes de atenção à saúde para oferecer serviços de qualidade para a população. Os entrevistados afirmam:

“Ainda tem uma dificuldade muito grande entre os secretários de saúde e os prefeitos dos municípios do interior entendam o que é o funcionamento de uma regional. De uma região de saúde (...) Eles não entendem que, por exemplo, eu vou usar uma parte do recurso do meu município pra o município polo, pra que ele possa atender a minha população, uma vez que eu não tenho condição de oferecer esse serviço. Geralmente, os municípios menores querem mandar sua população para o município polo, mas sem uma contrapartida. E aí, como é que o município polo também aguenta tudo isso, né?” (Sujeito 1).

“É por isso que eu digo a sensibilização para os prefeitos, os gestores municipais, a governança municipal é muito importante pra gente poder avançar. Eles precisam entender que é importante pra gente dar uma qualidade de vida melhor pros munícipes a gente precisa que eles estejam um pouco mais “abertos” e flexíveis pra entenderem que a saúde não é sozinha, não é só ter um hospital dentro do município não, precisa muito além, muito mais do que isso, precisa dos parceiros (...) Eu penso que eles tenham talvez medo de dividir o dinheiro deles, só pode ser, medo de não dar certo, aquela intriga política.” (Sujeito 3).

Um estudo realizado por Garnelo, Sousa e Silva (2017) em uma das regionais de saúde que compõem o Amazonas analisou o processo de regionalização em saúde no estado do Amazonas e verificou situações como: a disparidade entre os municípios, dependência dos recursos de assistência da capital, e desarticulação e competitividade entre os atores administrativos. Consequentemente, notou-se o enfraquecimento das relações entre os municípios, e insuficiência de recursos financeiros e capacidade técnica de gestores com raso conhecimento em relação às agendas e ambiente sociopolítico onde estão inseridos.

Classe 3: Monitoramento e avaliação da RCPD

Nesta classe, as palavras com mais destaques foram: monitoramento, situação, coordenador, responder, conversa, regional, repassar e conhecimento. As entrevistas trazem informações que revelam desafios e fragilidades nas ações de monitoramento dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os

quais deveriam ser propostos pelo próprio Grupo Condutor Estadual. Os relatos dos entrevistados parecem dispersos em relação a esta pauta. Ao que se nota, alguma atividade de acompanhamento e supervisão é realizada pelo Grupo Condutor Estadual, mas não de forma padronizada e assertiva, como se lê:

“Nós não temos instrumentos de monitoramento e de avaliação. Não fazemos monitoramento e avaliação. Existe um monitoramento, uma avaliação que ainda não acontece de forma sistemática, mas que surgiu pela necessidade de a gente conhecer o que, de fato, havia nos serviços. A gente não faz aquele monitoramento objetivo e quantitativo, a gente faz um monitoramento qualitativo. A gente tá ali acompanhando.” (Sujeito 1).

“Normalmente quando a gente precisa fazer monitoramento, quem faz é a coordenação da rede mesmo, a rede da pessoa com deficiência. Monitoramento, verificação de serviço. Nós temos um passo a passo, ele é um dos anexos discutidos de reabilitação e dentro dele a gente tem todo um check list, tanto de RH, quanto de equipamentos, estruturas mínimas. E aí assim, tudo isso que é levantado ele é colocado para o grupo condutor e o grupo condutor pactua ou, de alguma forma, tem ciência do que está acontecendo e depois a gente leva para CIB.” (Sujeito 2).

“Primeiro é o monitoramento do que é habilitado, então nós não monitoramos aquilo que não é habilitado. A gente faz a visita, não de monitoramento, mas uma visita de habilitação, para verificar se obedece aos requisitos mínimos. Então esse momento aqui de monitoramento, a gente só monitora os nossos serviços que são habilitados, que é a oficina ortopédica e o CER-3.” (Sujeito 2).

Diante das falas, verifica-se a necessidade de ajustes quanto a estas ações que implicam diretamente na continuidade e efetividade dos serviços nos componentes da atenção no estado. Para Carvalho *et al.* (2012), o acompanhamento e monitoramento do processo de implantação/operacionalização da RCPD deve ser rotineiro, sistemático e contínuo, visando obter informações relevantes para, em tempo oportuno, subsidiar tomada de decisão, redução de problemas e correção de rumos. No monitoramento verifica-se a realização das atividades para implantação da RCPD e a existência de mudanças. A avaliação, por sua vez, verifica valores e méritos de programas e políticas, utiliza um rigor maior nos procedimentos metodológicos e amplia a compreensão sobre a RCPD, que é o objeto da avaliação.

Imagine pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, como seria voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água? Essa navegação desorientada pode

ser comparada a um processo que é executado e não é monitorado e avaliado. Presume-se que uma atividade desenvolvida com essa característica se afasta da possibilidade de alcance dos seus objetivos. Realizar e não registrar, registrar e não acompanhar, acompanhar e não intervir, fragilizam as ações de saúde deixando-as à mercê do acaso e da informalidade.

Apesar de Felisberto e colaboradores em 2010 afirmarem que o processo de institucionalização da avaliação no SUS está em um processo incipiente, que precisaria de uma cultura avaliativa com inserção da avaliação na rotina dos serviços, é necessário explicitar a perspectiva útil da avaliação e monitoramento que possibilite a inclusão/interferência dos diferentes grupos envolvidos como prestadores, profissionais, usuários, gestores, potencializando e renovando a avaliação no cotidiano.

É necessário estabelecer o uso rotineiro dos instrumentos de planejamento e gestão formais do SUS, como o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é prospectivo quadrienal, registra as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores. Já o PAS é prospectivo anual, contém os registros da operacionalização das intenções que constam no PS, deve conter indicadores de monitoramento, conjunto de ações anuais para alcançar os objetivos e metas do PS, assim como a previsão de alocação de recursos orçamentários. E, por fim, o RAG é retrospectivo anual, registra os resultados alcançados no PAS.

Outro instrumento jurídico que funciona como um mecanismo de fortalecimento e concretização da governança regional do SUS é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP (BRASIL, 2014). Este é um instrumento legal de reforço para a governança sistêmica das RAS que firmará os acordos de colaboração entre os entes federativos, permitindo a integração das atividades e serviços, de forma a garantir o atendimento às necessidades de saúde (SENRA *et al.*, 2013).

Outro aspecto levantado foi sobre a função do coordenador de Redes de Atenção à Saúde e a importância deste indivíduo na mediação de conversas e acordos para compreensão das diferentes necessidades que o estado apresenta, bem como as tratativas que dão ritmo às ações dentro da RCPD.

“Então hoje a gente tem essa preocupação, a gente tem uma conversa. No ano passado foi criado na SEA Capital, a função do coordenador das Redes de Atenção, e eu acho que isso ajudou muito porque agora tem essa promoção da conversa entre as Redes de Atenção à Saúde. Então hoje eu acho que a partir do momento que se criou esse posto, esse cargo de coordenação de

redes, eu acho que fortaleceu muito nosso serviço. Porque, por exemplo, nós temos situações aqui que a própria Secretaria enquanto gestão não tinha conhecimento, não tinha domínio, não tinha atuação.” (Sujeito 1).

“Os municípios pequenos não podem fazer diretamente a inserção de serviços, solicitar habilitação junto ao ministério. A gente tem que, de certa forma, não tutelar, mas facilitar o processo deles via coordenação.” (Sujeito 2).

A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser realizadas em curto, médio e longo prazo para cumprir a missão e a visão, articular as políticas institucionais para o alcance dos objetivos e metas, e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (BRASIL, 2010). São propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a Rede de Atenção à Saúde, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos (VÁZQUEZ *et al.*, 2005).

Ressalta-se a relevância do Grupo Condutor Estadual nas ações voltadas à PCD, devendo exercer papel importante na governança gerencial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, juntamente com outros entes (RIBEIRO *et al.*, 2022). A governança é o arranjo organizativo que permite a gestão dos demais componentes das RAS, gerando a cooperação entre os atores sociais envolvidos no sentido de obter resultados sanitários e econômicos para a população em questão (MENDES, 2010). Nos estados, o sistema de governança institucional se materializa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), mas a governança gerencial efetiva-se através dos Grupos Condutores Estaduais das redes temáticas e dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos das redes temáticas (MENDES, 2010).

Por último, ainda nesta classe, é importante falar sobre repasse de informações entre coordenadores da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Os entrevistados expuseram a dificuldade que tiveram em ter informações quando havia troca de gestores e como isso desacelera o processo de implantação da RCPD, como discorrem:

“A gente chegou organizando um pouco as coisas porque quando a nossa equipe chegou, nem o próprio levantamento de quantos serviços existiam... Tudo isso não nos foi repassado.

Então, no começo desse ano, eu tive a oportunidade de conhecer uma pessoa que já tinha sido coordenadora. E aí ela me passou alguns documentos... 'olha, na época eu fazia isso'... 'Opa, por favor, o quê que tu tem pra me passar? ... né? E pra gente poder, pegar e conhecer.'" (Sujeito 1).

"É difícil você pegar a coisa já do meio pro fim e não ter assim, quem te diga. A gente vai descobrindo as coisas e assim. Tem documentos que a gente não achou, repasse de uma coordenação pra outra. Tem algumas coordenações que nessa transição, não repassaram informações e a gente vai descobrindo aos poucos." (Sujeito 2).

É visível na fala dos entrevistados a falta de compromisso e responsabilidade dos coordenadores e gestores que saem dos seus cargos, seja por mudança de governo ou troca de cargos, sem assegurar uma transição saudável com os novos gestores. Pelos relatos, é possível vislumbrar que os gestores da RCPD não tenham informações importantes por não fazer parte da rotina o monitoramento e avaliação das ações de implantação e operacionalização da RCPD. Mesmo assim, é importante entregar as funções e deixar claro o que foi feito, o que precisa ser feito e até onde foi feito. Sem essa transição, a população sofre por uma nova gestão precisar de meses para retomar as ações em saúde da RCPD.

As prioridades das ações na classe 3 são instituir o processo de monitoramento e avaliação da implantação da RCPD, apoiar as ações de coordenação dos municípios polo do interior, assim como municípios menores do Amazonas. Por fim, o Cadastro Nacional dos Gestores Municipais seria uma possível solução para a falha que existe hoje nas transições de governo, com um sistema que armazena as informações relevantes das ações do município e assegura a continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

Classe 4: Contexto histórico-político da operacionalização

Esta classe representa declarações a respeito da construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência através dos anos e os impasses que aconteceram por diversos motivos, dentre eles, mudanças no contexto político estadual. Também aborda a importância de o Grupo Condutor Estadual conhecer os pontos que compõem a RCPD e as realidades onde estão inseridos para planejar e qualificar a oferta de cuidado, o que parece estar fortemente ligado à capacidade de monitoramento e avaliação trazida na classe anterior. As palavras com maior ênfase foram: ano, grupo condutor, cuidado, coordenação, conhecer, lembrar.

A seguir algumas declarações que abordam marcos específicos na construção da RCPD:

“Bom, no final de 2013 nós tivemos a habilitação do CER III. Primeiro serviço especializado, e uma oficina ortopédica que, se eu não me engano, também é de 2013, que funciona dentro da Policlínica Antônio Aleixo. E aí isso era o que nós tínhamos.” (Sujeito 1).

“Eu tô no grupo condutor estadual desde o final de 2017, eu acho que eu entrei ou em Dezembro de 2017 ou em Janeiro de 2018. Em novembro de 2017 eu cheguei na coordenação, fiquei como coordenadora, e em março de 2019, fevereiro pra março desse eu ano pedi pra sair da coordenação e ficar só como técnica.” (Sujeito 1).

“Em 2017 nós tínhamos um rascunho de um plano que vinha há muito tempo. Era ajustado, era modificado, alguém entrava, alguém saía, e ele não ia pra frente, né? Eu acho que por conta da própria questão política e de mudanças, havia as mudanças, e as situações não tinham uma continuidade, né?” (Sujeito 1).

Um fator a ser destacado no processo de operacionalização da RCPD no Amazonas é a frequente mudança de governos e gestores de saúde ao longo dos anos, principalmente no entre 2012 e 2019, período de implantação da RCPD. Nessa fase, o Amazonas foi administrado por quatro governos diferentes. O primeiro foi de 2011 até 2014, quando o então governador renunciou seu mandato para concorrer a outro cargo público. A gestão foi assumida até o final de 2014 pelo seu vice, que foi reeleito e permaneceu no cargo até 31 de março de 2017, quando teve seu mandato cassado pelo Tribunal Regional Eleitoral do Amazonas. O então presidente da Assembleia Legislativa do Amazonas assumiu interinamente e permaneceu por nove meses no cargo. Nesta época, foram realizadas novas eleições e, de outubro de 2017 até 31 de dezembro de 2019, o governo foi assumido por outro governador. A partir deste mandato, a política no estado retomou a sua regularidade de gestão, porém, a transição de governos trouxe como consequência entraves para o avanço de políticas públicas de saúde, repercutindo na implantação lenta e tardia da RCPD no estado. O primeiro Grupo Condutor Estadual, formado em 2012, sofreu modificações de membros e gestores juntamente com os governos ao longo do tempo, resultando principalmente na falta de um Plano Estadual e Operativo consistente (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Os entrevistados falam ainda sobre como percebem a situação atual de implantação no estado, e os desafios encontrados em relação aos Planos de Ação estadual e regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

“Não é um processo que a gente já instituiu de fato. Até porque

é somente em 2018, no final do ano de 2018 que a gente conseguiu elaborar o plano estadual da rede de cuidados à pessoa com deficiência.” (Sujeito 2).

“A gente não tem os planos regionais porque as CIR estavam desativadas há muito tempo. Elas foram reativadas agora em 2019, esse mês passado.” (Sujeito 1).

Apenas a partir de 2018 foi observado maior empenho em ações de adesão à RCPD, como consequência da segunda formação do Grupo Condutor Estadual. O que permitiu a aprovação do Plano Estadual da RCPD, bem como o Plano Operativo Estadual para a população com deficiência intelectual. Foi notório que as ações inerentes à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência caminharam para execuções em maior quantidade dentro de um intervalo menor de tempo, ressaltando o quão importante é a presença ativa do Grupo Condutor Estadual no processo de implantação. Entretanto, no que tange a elaboração do desenho regional da RCPD pela CIR, pactuação do desenho e proposta de Plano de Ação Regional da RCPD, houve apenas menção da RCPD em apresentações das Redes de Atenção à Saúde e plano de ação estadual, assim como houve apresentação de forma efetiva somente a pactuação do desenho regional do estado e da proposta de ação regional, mas não alcançou as nove regiões do Amazonas (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Os participantes falaram ainda um pouco sobre o desafio de conhecer as necessidades da população e as potencialidades dos serviços para qualificar o atendimento:

“A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência não funcionava como Rede, eram sempre pontos isolados. Era sempre um serviço isolado.” (Sujeito 3).

“A gente precisa fazer o CER funcionar com sua plena capacidade e funcionalidade. Então a gente precisa identificar as necessidades. E aí a gente fez visita na unidade, levantou todos esses pontos, pra dizer: ‘opa, o que precisa?’ ” (Sujeito 1).

“O macro é o que pesa mais junto a coordenação, porque a gente acompanha todos os processos de aquisição de equipamentos para essas unidades. É, o processo de capacitação tudo é acompanhado pela coordenação.” (Sujeito 2).

“Porque na época o conhecimento que a gente tinha da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em si era bem inferior ao conhecimento que a gente tem hoje, né? Então a gente fez o plano e a gente tá fazendo a revisão do plano agora, conhecendo

mais da realidade tanto da capital quanto do interior, pra poder fazer ele mais viável.” (Sujeito 1).

Machado *et al.* (2018), realizou um estudo de análise das implicações da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde com base nas políticas e literatura. Os resultados verificaram como mudanças estruturais interferem no fluxo de atendimentos dos usuários, e apontaram ainda sobre competências em relação aos profissionais que atuam nos pontos de atenção enquanto conhecedores das realidades vividas pelos usuários dos serviços de saúde que prestam. Considerou ainda a necessidade da articulação desses pontos de atenção como princípio básico para o funcionamento coeso do sistema, de maneira que assegure o cuidado às pessoas com deficiência de forma integral.

Alguns trechos falam sobre o cuidado da gestão em relação a organização dos serviços para a pessoa com deficiência e como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência faz diferença na vida do usuário:

“O que mais ajudou foi a vontade da gestora, a vontade da gestão em querer buscar esse cuidado, com essas pessoas, realmente foi impulsionadora, foi bom. Agora dificuldades, é realmente criar os centros, é muito difícil porque como instituição pública a gente precisa de licitação, aqueles trâmites burocráticos.” (Sujeito 3).

“Agora a gente está realmente pensando no contínuo do atendimento, nas linhas de cuidado. Não é só o paciente dentro do CER, mas é ele antes, ele depois. Por onde ele vai passar, o que ele precisa em todas as etapas.” (Sujeito 1).

“Mas a gente tem toda uma rede de cuidados que também envolvem o terceiro setor são organizações governamentais que também atendem, apesar de não serem habilitados.” (Sujeito 2).

É válido ressaltar que a primeira composição do Grupo Condutor Estadual foi feita em 2012, porém sem muitas ações verificáveis em arquivos e documentos. Seis anos depois, no início de 2018 foi feita a segunda composição da qual os participantes desta entrevista fazem parte e assim relatam a realidade atual. O intervalo que se pôs entre as duas formações tornou-se um grande vazio de informações sobre as ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado, refletindo-se em um recomeço de trabalho para a gestão da RCPD, com o desafio de sanar problemas que se arrastaram pelos anos e agora necessitam de soluções elaboradas (RIBEIRO *et al.*, 2022). Os entrevistados confirmam esta realidade:

“O convênio de equipamento do CER III, que é de 2013, até hoje não foi concluído. Então o CER III foi habilitado e nunca recebeu os equipamentos. Então, por exemplo, como montar um ginásio de fisioterapia para reabilitação se o repasse nunca foi feito pelo Ministério para cá.” (Sujeito 3).

“A gente tem dificuldade de implantar os protocolos mesmo, de funcionar fluxo de atendimentos. A gente tem vícios, ou seja, precisa reformular todo esse serviço aqui. E a gente está nesse processo. A gente já colocou uma nova coordenação. A gente tem uma fragilidade, enquanto estado, na execução do nosso serviço, por falta de, é questões administrativas mesmo.” (Sujeito 2).

Classe 2: Serviços de saúde da RCPD

Esta classe foi marcada por declarações com foco nos Centros Especializados em Reabilitação (CER), em como acontecem os procedimentos, a fisioterapia e o paciente. As palavras mais citadas foram: CER, policlínica, fisioterapia, modalidade, reabilitação, procedimento, paciente. A seguir, algumas falas sobre como estão os Centros Especializados em Reabilitação, as dificuldades encontradas para novas habilitações, além do enfoque no paciente e no CER como um dos dispositivos de atenção que precisa ser complementado pelos outros componentes:

“E nesse CER IV eu percebi o quanto é difícil, porque tem que ver os recursos humanos, tem que ver equipamentos, a própria obra, da licitação ver se está tudo direitinho, tudo muito bem pensado no sentido assim de que possa facilitar ao máximo o acesso às pessoas que precisam dos serviços.” (Sujeito 1).

“Eu sei que o CER atende também pessoas do interior, mas que precisam se deslocar até a capital. E pelo que a gente identificou, o CER, ele era muito visto como um ponto de concessão de OPM's né? E a parte de reabilitação, a gente tá vindo resgatar nos últimos meses.” (Sujeito 1).

“A gente tem uma questão que não é porque essa pessoa tem uma deficiência física, por exemplo, que ela só vai poder ser atendida no CER, ela tem outras questões de saúde, ela precisa passar por todos os dispositivos de saúde e vai precisar. E as pessoas precisam estar preparadas para serem atendidas. Não é só o paciente dentro do CER, mas é ele antes, ele depois. Por onde ele vai passar, o que ele precisa em todas as etapas. E a gente precisa se questionar até qual é o momento que ele entra no CER e qual é o momento que ele sai do CER.” (Sujeito 3).

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada para realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação, habilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva para pessoas com deficiência. O Centro Especializado em Reabilitação pode se apresentar em 3 categorias: CER II, habilitado com serviços de reabilitação para 2 tipos de deficiência; CER III, habilitado com serviços de reabilitação para 3 tipos de deficiência; e CER IV, habilitado com serviços de reabilitação para 4 tipos de deficiências (BRASIL, 2012). Por sua natureza tão específica e conectada entre serviços, o CER é como o “*coração*” da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e os profissionais atuantes neste equipamento são responsáveis pela organização do cuidado dos usuários juntamente com os demais componentes e considerando a Atenção Básica como centro de comunicação, através do diálogo, da gestão e do planejamento ordenado das ações. Para este fim, o uso de forma mais sistemática de meios que favorecem a integração entre os pontos da RCPD, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular e do apoio matricial, deve ser estimulado e discutido nas ações de educação permanente.

Foi relatado também um déficit em profissionais da saúde durante o processo de habilitação dos serviços, especificamente fisioterapeutas para atuação nos Centros Especializados em Reabilitação:

“... porque eu tenho a parte da fisioterapia na parte da deficiência visual e aí o que gente tem? A gente não tem ninguém capacitado na para atuar? Então a gente precisa capacitar.” (Sujeito 3).

“Mas nós só tínhamos um fisioterapeuta. Nós tínhamos dois fisioterapeutas, aí um era pra reabilitação física e outro era pra mensuração, avaliação e indicação de órteses e próteses.” (Sujeito 1).

A habilitação dos CERs em alguns municípios do interior ainda não ocorreu e o Grupo Conductor Estadual tem encontrado dificuldades para fazer as gestões municipais entenderem como se dá a tramitação burocrática para habilitação dos serviços:

“No interior, muita gente tem a visão de que, se eu tenho um serviço de reabilitação física, eu tenho um serviço de fisioterapia, eu posso habilitar como CER.” (Sujeito 3).

“Itacoatiara estava dentro do plano, aliás, ele está no plano previsto para implantar, queria implantar, mas quando a gente foi fazer a visita para fazer o levantamento dos requisitos mínimos, ela disse que não teria como termos profissionais por conta da questão do valor mesmo. Então dentre esses fatores assim, econômico, a gestão ela quer primeiro receber, para poder depois se adequar. Eles querem recurso e com esse recurso eles vão ter

condição de executar o serviço. O governo federal diz que não. A Portaria diz que primeiro tem que está tudo adequado segundo a legislação para poder eles habilitarem.” (Sujeito 2).

Diante das manifestações dos entrevistados, ficam claras as dificuldades e barreiras, e o quanto a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ainda precisa avançar na implantação e consolidar a operacionalização do seu funcionamento. Nesse contexto, o Grupo Condutor Estadual é o ator principal na governança da rede, além de acompanhar as ações de atenção à saúde definidas por cada componente da RCPD e implantação de diretrizes clínicas e protocolos. Independente dos arranjos na composição dos GCEs, é reconhecido o seu protagonismo enquanto espaço de gerenciamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e a sua importância na perspectiva de uma regionalização cooperativa, com fortalecimento da colaboração no processo de pactuação articulada entre regiões de saúde.

A característica continental do Amazonas demanda a instituição de instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais nos diferentes territórios sanitários regionais, convocando o que Mendes (2011) denomina de regionalização cooperativa. Esse processo de regionalização ajusta-se a uma definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de características culturais, econômicas e sociais, de meios de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar a relevância da governança regional como estratégia política regional, com capacidade para responder aos desafios contemporâneos e à perda de função dos governos centrais em nível das regiões de saúde (RIBEIRO, TANAKA, DENIS, 2017). Assim, fortalecer essas regiões assegurando sua governança, com autonomia para elaborar seus planos de ação e fazer suas pactuações, destaca-se como importante papel dos GCEs. Estes devem ser espaços de elaboração dos Planos de Ação das RAS, assim como deve impulsionar a elaboração dos Planos de Ação Regional (PAR), onde esses planos são essenciais para definição de objetivos, planos e metas a serem alcançadas pelo estado e regiões de saúde (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Embora dar suporte às regiões de saúde na elaboração dos PAR não estivesse previsto na Portaria 793 como função dos GCEs, oferecer esse suporte revela-se de suma importância, considerando a falta de cultura de planejamento em algumas regiões de saúde, com dificuldades no uso de instrumentos de planejamento, que pode resultar na falta de adesão da região à implantação da RCPD (RIBEIRO *et al.*, 2022).

ou dificuldades. Entende-se, portanto, este termo como a manifestação de um sentimento de parceria no grupo para o enfrentamento dos desafios percebidos na construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A frequência da palavra serviço traz a ideia de ações em saúde para as pessoas com deficiência, o que reflete a preocupação e compromisso dos membros do Grupo Condutor Estadual do Amazonas com a efetivação e estabelecimento de todos os serviços e ações em saúde previstos para a população interessada, o que pode sugerir um caminho em busca de um melhor cuidado às pessoas com deficiência.

As demais palavras verificadas têm em si mesmas a explicação para o destaque da sua frequência, uma vez que se trata de declarações a respeito de uma política de saúde que ainda está em construção, buscando aprimorar os serviços do sistema público de saúde para a pessoa com deficiência.

Importante ressaltar a ausência das palavras GRUPO e CONDUTOR na nuvem de palavras, o que pode demonstrar um fraco senso de coletividade na função dos membros entrevistados; ou até mesmo uma baixa relevância, até o momento, do funcionamento do Grupo Condutor Estadual no exercício do seu papel de centralidade na implementação e operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Considerações Finais

Neste trabalho, foi observada a percepção do Grupo Condutor Estadual a respeito da operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas e como se deu o início deste atual grupo, desde 2017. Diversas barreiras foram encontradas durante a sua implantação no estado, implantação esta que continua ocorrendo de maneira gradual e tardia. O Grupo Condutor Estadual tem cumprido parcialmente seu papel na RCPD, atendendo a uma das etapas de implantação da mesma, porém ainda existem muitos desafios a serem superados, tais como: o monitoramento das ações, a integralização e regionalização da RCPD nas áreas que compreendem os municípios menores e mais carentes, e a centralização de serviços em Manaus. Foi levantada ainda a falta de recursos para ampliação de serviços de atenção em todo o estado, além de outras falhas no processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Ainda, foi relatada a necessidade de maior entendimento e, consequentemente, interesse político dos gestores municipais para a operacionalização desta política nos municípios e regiões que abrangem o interior do esta-

do. Apesar de tantas necessidades apontadas no processo de implantação da RCPD no Amazonas, ficou claro o interesse da atual gestão em buscar melhorias e adequações para qualificação dos serviços e mitigação de situações que implicam no distanciamento das recomendações dadas pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas com deficiência.

A implantação dessa política como meio de ampliar a capacidade de acolhimento, cuidado à saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência exige pesquisas, debates e reflexões contínuas sobre os desenhos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nas diferentes realidades regionais frente à diversidade e às dimensões do Brasil, justificando, portanto, o estudo do processo de implantação da RCPD no Amazonas. Logo, é fundamental conhecer a realidade, promover a discussão e reflexão, a fim de fornecer elementos úteis para o planejamento de ações e definição de prioridades para implantação de políticas públicas de atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 2015, v. 19, n. 52, p. 207-210.

CARVALHO, A. L. B. DE *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012, v. 17, n. 4, p. 901-911.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, v. 24, n. 9, p. 2091-2102.

GARNELO, L; SOUSA A.B.L.; SILVA C.O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 4, p. 1225-1234.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018**: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf>.

MACHADO W. C. A.; PEREIRA J. S.; SCHOELLER S. D.; JÚLIO L. C.; MARTINS M. M. F. P. S.; FIGUEIREDO N. M. A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto Contexto Enferm**, 2018, v. 27, n. 3, p. e4480016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010, v. 15, n. 5, p. 2297-2305.

MOIMAZ S. A. S.; AMARAL; M.A.; MIOTTO, A. M. M.; COSTA, I. C. C.; GARBIN, C.A.S. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Rev. Saúde e pesquisa**, 2016, v. 9, n. 3, p. 567-577.

OLIVEIRA, A. E. F. DE; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde**: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: EDUFMA, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Banco Mundial. **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Genebra, 2011. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-a-deficiencia/>>.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2022, v. 32, n. 3, p. e320315.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2021, v. 25, p. e200767.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. S. (org.). **Redecin Brasil**: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, p. 1075-1084.

ROCHA, R. *et al.* A Saúde na Amazônia Legal: Uma Agenda para Ação: Amazônia 2030. [s.l.] IMAZON, IEPS, PUC Rio, **Climate Policy Initiative**, mar. 2022. Disponível em: <<https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2022/03/AMZ2030-35.pdf>>.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2018, v. 52, p. e03353.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L.; VARGAS LORENZO, I.; FARRE CALPE, J.; TERRAZA NUNEZ, R. Las Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Rev. Esp. Salud Pública** [online]. 2005, vol.79, n.6, pp.633-643.





SOBRE AUTORES E AUTORAS

Sobre os AUTORES E AUTORAS

ORGANIZADORES(A)S

RODRIGO TOBIAS

Graduação em odontologia. Mestre e Doutor em Saúde Pública (Fiocruz) e Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situação de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Fiocruz Amazônia. Diretor da Atenção Básica (SES AM) e Ações Estratégicas e Secretário de Estado da Saúde do Amazonas (2019-2020). Coordenador Projeto GESP - Gestão, Políticas e Planejamento em Saúde na Amazônia (2021-2022). E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

FERNANDO ANTÔNIO GOMES LELES

Graduação em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (FJP). Especialização em Economia e Gestão da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Oficial Especialista em Sistemas e Serviços de Saúde na Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS). E-mail: lelesf@paho.org

MAYRA COSTA ROSA FARIAS DE LIMA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP) e Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialização em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde. Mestranda em Saúde Pública (PPGVIDA/ILMD Fiocruz Amazônia). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). E-mail: mayracrfarias@gmail.com

AUTORAS E AUTORES

ALDECY DE ALMEIDA BEZERRA DA SILVA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Mestrado Profissional em Conservação da Biodiversidade pela Escola Superior de Conservação Ambiental e Sustentabilidade (ESCAS). Consultora Regional em Gestão no PlanificaSUS do Hospital Israelita Albert Einstein - SP. E-mail: aldecybezerra@gmail.com

ALEXANDRE SAN PEDRO SIQUEIRA

Graduado em Biologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Desenvolveu sua trajetória profissional nas áreas de ensino e pesquisa em epidemiologia de doenças transmissíveis e vigilância em saúde, com ênfase em determinação biológica e socioambiental de processos endêmicos-epidêmicos, bem como em análise territorial em saúde. Atualmente é professor do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). E-mail: alexsan@iesc.ufrj.br

ANA CLAUDIA PEREIRA DA PAZ

Graduação em Bacharelado em Serviço Social pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Cuidados Paliativos. Vinculada ao Hospital Israelita Albert Einstein - SP. E-mail ana.paz@einstein.br

ANA CLEIDE MOREIRA GUEDES

Graduação em Psicologia (UFPA). Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade Paris 7 Denis-Diderot. Pesquisadora do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: acleide@uol.com.br

AYRLES SILVA GONÇALVES BARBOSA MENDONÇA

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestrado em Engenharia Mecânica pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Doutorado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professora Adjunta II do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: ayrles@ufam.edu.br

BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA

Graduação em Psicologia com mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). Professor nos cursos de graduação e membro docente da Pós-graduação em Psicologia da Universidade

Federal do Amazonas (UFAM). E-mail: breno@ufam.edu.br

CAMILA SOARES TEIXEIRA

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestrado em Saúde Pública (ILMD/Fiocruz Amazônia). Doutoranda do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. E-mail: cst.enfg@gmail.com

CARLA LETÍCIA GOMES SIMÃO

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialização em Nutrição Clínica e Oncológica. Mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). E-mail: carlalgsimao@gmail.com.

CLEUDECI R SIQUEIRA PORTELA

Graduado em Enfermagem e mestre em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutorando em Biologia da Interação Patógeno Hospedeiro (PPGBIO-Interação) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). E-mail: cleudecir@gmail.com.

ELISA BROSINA DE LEON

Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Ciências Médicas: Patogênese e Fisiopatologia da Doenças Crônico-Degenerativas pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Doutora em Biotecnologia: Saúde pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Professora Associada da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Pós-doutorado em Saúde Pública pela University of Nebraska Medical Center. E-mail: elisadleon@ufam.edu.br

ELORIDES DE BRITO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (UFSP). Especialização em Gerontologia pela Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas (UnATI-UEA). Coordenadora da Policlínica Gerontológica da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UEA). E-mail: eloridesbrito@gmail.com

EMANUELA BRASILEIRO DE MEDEIROS

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). MBA Executivo em Saúde / Excelência Operacional e Gestão de Serviços Hospitalares pela Fundação Getúlio Vargas. Especialista em projeto no Hospital Israelita Albert Einstein - SP. E-mail: emanuela.brasileiro@einstein.br

EMMANUEL BOHRER JÚNIOR

Graduação em Design de Interiores pela Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis (CESUSC) e Biblioteconomia (UFSC). Mestrado em Engenharia e Gestão do Conhecimento (PPGEGC-UFSC). Doutorando do (PPGeCI-UFRGS). E-mail: bohrer2303@yahoo.com.br

ENIO DE SOUZA TAVARES

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestrado em Psicologia e Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Coordenador do Laboratório de Psicanálise, Clínica e Criação (LAPCRI/UFAM). E-mail: eniotavares@ufam.edu.br

ÉRICA CATARINE ATAÍDE MAIA

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestrado em Psicologia Clínica e Social e Doutoranda em Psicologia Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Pesquisadora do grupo de estudos em Saúde na Amazônia e do Laboratório de Saúde da Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: psi.ericamaia@gmail.com

ESTEFANY GABRIELA CRUZ VASCONCELOS

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialização em Fisioterapia Pélvica na Saúde da Mulher e do Homem (CERTRO) - em andamento. E-mail: gabrielavasconcelos03@gmail.com

EULER ESTEVES RIBEIRO

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorado em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Reitor da Fundação Universidade da Terceira Idade (UnATI-UEA). E-mail: unatieuler@gmail.com

FABIANA RIBEIRO SANTANA

Graduação em Bacharelado e licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGO). Doutorado em cotutela/dupla titulação entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (doutora em ciências - enfermagem em saúde pública) e a Université de Cergy-Pontoise na França (doutora em ciências da educação). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (UFG). E-mail: fabianasantana@ufg.br

FRANCISCA SONJA ALE GIRÃO FARIAS

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialização em Enfermagem Oncológica. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e na Secretaria de Estado da Saúde. Atual gestora da Diretoria

de Atenção Primária da SEMSA Manaus. E-mail: francisca.girao@pmm.am.gov.br

FRANCISCO TIMBÓ DE PAIVA NETO

Graduação em Bacharel em Educação Física pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestrado em Educação Física e Doutorando em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Analista de Práticas Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: timbonetto@gmail.com

GERDA COELHO DA COSTA

Graduação em Enfermagem pelo Instituto Adventista de Ensino. Especialização em Obstetrícia e Educação Profissional na Área de Saúde. Servidora e coordenadora da saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: gerdacoelhocosta@gmail.com

GUILHERME BARBOSA SHIMOCOMAQUI

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestrado em Saúde Pública (FMRP/USP) e Doutorado em Saúde Coletiva (UNISINOS). Pesquisador do Hospital Israelita Albert Einstein e Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - SP. E-mail: guilherme.shimocomaqui@einstein.br

HADASSAH DOS REIS MAIA

Graduação em Fisioterapia Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestrado em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). E-mail: hadassahmaia@hotmail.com

ILANA ESHRIQUI OLIVEIRA

Graduação em Nutrição (UFRJ). Mestrado em Nutrição Humana (UFRJ) e Doutorado em Ciências pelo programa de Nutrição em Saúde Pública (FSP/USP). Analista de Pesquisa Sênior no Hospital Israelita Albert Einstein - SP. E-mail: ilana.eoliveira@einsten.br

ISABEL MARIA VILAS BOAS SENRA

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB). Foi servidora nas três esferas de governo nos processos de cooperação intergovernamental e participação social, envolvendo temas como regionalização, planejamento, monitoramento; avaliação e participação social. Atualmente, não se encontra vinculada a nenhuma instituição. E-mail: isabelsenra@gmail.com

IVAMAR MOREIRA DA SILVA

Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestrado e Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade

Federal do Amazonas (UFAM). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e Secretaria de Estado da Saúde. E-mail: ivamarmsdias@gmail.com

JAMES LEE CRAINEY

Graduação e doutorado em genética. Pesquisador em saúde pública do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). Atualmente é docente permanente em três cursos de pós-graduação do ILMD/Fiocruz e editor das revistas *Frontiers in Tropical Diseases* e *PLOS One*, além de bolsista de produtividade do CNPQ. E-mail: lee.crainey@gmail.com

JORGE HENRIQUE SANTOS SALDANHA

Graduação em Fisioterapia pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME). Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: jhsaldanha@gmail.com

JOÃO CARLOS SILVA DE OLIVEIRA

Graduado em informática pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Mestrado em Engenharia de Processos pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutorando em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM) pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). Analista de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) e docente no Centro Universitário Fametro. E-mail: jcjunior182@gmail.com

JUCIARA DE OLIVEIRA SAMPAIO

Graduação em Fisioterapia pelo Centro de Ensino Unificado de Teresina (CEUT). Especialização em Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Analista de Tutoria da AAE no Projeto PlanificaSUS (HIAE). E-mail: juciarasam@hotmail.com

KÁTIA SUELY QUEIROZ DA SILVA RIBEIRO

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestrado e Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente e pesquisadora na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: katiaribeiro.ufpb@gmail.com

LEANDRO PASSARINHO REIS JUNIOR

Graduação em Biologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestrado e Doutorado em Educação (UFPA). Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Biológicas do Instituto de Ciências Biológicas (ICB/UFPA). E-mail: lpassarinho28@gmail.com

LEIDIANE SANTARÉM VALENTE

Graduação em Enfermagem Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família no Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Servidora na Secretaria Municipal de Saúde de Parintins. E-mail: leidianevalente@hotmail.com

LENINA JORDANA BASTOS DE MACEDO

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestranda em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) da Fiocruz Amazônia. E-mail: jordanalenina@gmail.com

LIZANDRA BRASIL ESTABEL

Graduação em Biblioteconomia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). Doutorado em Informática na Educação (PGIE/UFRGS). Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e no Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). E-mail: lizandra.estabel@poa.ifrs.edu.br

LUCAS GUIMARÃES DOS SANTOS

Psicólogo pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Residente em Saúde Mental pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Email: lucasguisantos99@gmail.com

LUCAS LORRAN COSTA DE ANDRADE

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Manaus (CEULM/ULBRA). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). E-mail: lucaslorrancosta@gmail.com

LÚCIA MARQUES DE FREITAS

Graduação em Enfermagem com Habilitação em Obstetrícia e Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: lucia.marques.freitas@gmail.com

MAÍRA MENDES DOS SANTOS

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestrado em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Doutorado em Saúde Coletiva Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Pós-doutorado, em andamento, em Tecnologia em Saúde na Universidade de Coimbra. E-mail: maimendes@yahoo.com.br

MARCIO ANDERSON CARDOZO PARESQUE

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestrado em saúde da família pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Analista sênior de pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein- SP. E-mail márcio.paresque@einstein.br

MARIA GABRIELA VAZ DE OLIVEIRA

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialização em UTI Adulto e Pediátrica. Servidora da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado. E-mail: mgvazdeoliveira@gmail.com

MURIEL SARAGOUSSI

Muriel Saragoussi é ecofeminista e sociambientalista histórica. Engenheira agrônoma pela ESALQ/USP-Brasil, Doutora em Fisiologia Vegetal pela ENSAR/França. Atuou na Academia (INPA, FIOCRUZ, Gerente Científica do Programa de Grande Escala Biosfera-Atmosfera da Amazônia); no Terceiro Setor (nacional - Fundação Vitória Amazônica, Rede GTA - e internacional - ICCO, Oxfam); no Governo Federal (Diretora do CONAMA, Secretária Nacional de Coordenação de Políticas para a Amazônia e Diretora de Extrativismo, no Ministério do Meio Ambiente); e no legislativo (chefe de gabinete da Deputada Joenia Wapichana). Atualmente Consultora na área socioambiental e ativismo. Fundadora de várias organizações da sociedade civil e da Rede Sustentabilidade. E-mail: patriciatr8@gmail.com

NÁDIA SOCORRO NOGUEIRA PIMENTEL

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (EEM/UFAM). Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e da Fundação Hospitalar Alfredo da Matta - Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES-AM). E-mail: nadiapimentel71@gmail.com

PATRÍCIA TAVARES RIBEIRO

Graduada em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ). Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz (1989-2021), foi coordenadora do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Escola (CEPI-DSS) entre 2014 e 2021, onde coordenou o Projeto Desenvolvimento e Governança Territorial da Saúde, no âmbito de cooperação entre Fiocruz e Ministério da Saúde (2015-2020). Atualmente assessora a Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz. E-mail: patriciatr8@gmail.com

PAULO DE TARSO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Professor e membro permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: pttarso@gmail.com

PAULO HENRIQUE BARBOSA DE ANDRADE

Graduado em geografia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas e Doutorando em Geografia, no Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Tem experiência em Geografia Política, Geografia da Saúde e Ensino de Geografia, atuando principalmente nos seguintes temas: Geografia Política, Geografia Eleitoral, Federalismo e Saúde, Análise territorial em saúde, Interculturalidade. Atualmente é professor de geografia em escolas da rede privada do Rio de Janeiro. E-mail: phenriqueandrade@gmail.com

PEDRO DE LEMOS MACDOWELL

Graduação em Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade de Brasília (UnB). Mestrado em Antropologia Universidade de Brasília (UnB). Servidor vinculado a Coordenação-Geral de Indicadores e Evidências em Direitos Humanos, Ministério dos Direitos Humanos - DF. E-mail: pedro.lemos@mdh.gov.br

PEDRO GILBERTO ALVES DE LIMA

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Petrópolis. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF). Analista de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), apoiador do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS) (2014 e 2018) e na Vice Direção de Atenção à Saúde da Escola (2018 a 2022). Atualmente cedido para a Prefeitura de Niterói e exercendo cargo de diretor geral da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaude). E-mail: pedrogil.lima@gmail.com

REBECCA CABRAL DE FIGUEIRÊDO GOMES PEREIRA

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisadora vinculada ao Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: rebecca.pereira@einstein.br

SONAIRA SERRÃO CASTRO RIBEIRO

Graduação em Odontologia pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestranda no Mestrado Profissional em Saúde da Família no Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins - AM. E-mail: sonna_castro@yahoo.com.br

THAÍS MARTINS DE ALMEIDA SOUZA

Graduação em Psicologia pela Faculdade Martha Falcão - DeVry. Especialista em Saúde Intensiva por meio do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade São Francisco (USF). Psicóloga Pleno do Departamento de Pacientes Graves do Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: thaismar.souza@gmail.com

THALITA RENATA OLIVEIRA DAS NEVES GUEDES

Graduação e Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). Servidora da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA Manaus). E-mail: thalita.neves@pmm.am.gov.br

TIÓTREFIS GOMES FERNANDES

Graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutorado em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo (USP). Professor da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF/UFAM). Membro docente permanente do Programas de Condições de Vida e Situação de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) e de Saúde Pública (DASPAM) pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia) e pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM), respectivamente. E-mail: tiotrefis@ufam.edu.br

UZIEL FERREIRA SUWA

Graduado em biomedicina pela Faculdade Estácio. Mestrado em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane e Doutorando em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM) no Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). E-mail: uzielsuwa@gmail.com

VALMIR VANDERLEI GOMES FILHO

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Doutorando em Ciências Odontológicas pela Universidade de São Paulo (USP). Analista de Práticas Assistenciais Sênior no Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: valmir.filho@einstein.br

VICTOR DA SILVA AQUINO

Graduação em Fisioterapia pela Universidade da Amazônia (UNAMA/PA). Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Doutorando em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM) pelo (DASPAM) pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz-Amazônia). Servidor da Secretaria de Estado de Saúde (SES/AM). E-mail: vaquino@aluno.fiocruz.br







e-livro

SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).



editora.redeunida.org.br

Na Amazônia, a política de saúde se encontra com um território de vida específico, caracterizado por um tecido social diverso, dinâmico e imigrante transitando pelas águas e florestas. Nesse cenário, a vida é pujante, que vibra e faz acontecer um sistema de saúde amazônico, plural étnica e socialmente, biodiverso e culturalmente específico. Assim, é imperativo construirmos referencial teórico da saúde coletiva regional, bem como refletirmos e contextualizarmos o SUS com “DNA amazônico”.

Compreendemos ser uma referência para colaborar com o campo das ciências gerenciais que compõe o campo da saúde coletiva no Brasil sem dissociar do desafio de realizar a gestão e as práticas das políticas de saúde por pesquisadores e gestores da Amazônia. O ‘fator amazônico’ aqui apresentado roteiriza os desafios de se fazer saúde nessas diversas amazônias. Cenários de experiências promissoras no campo das políticas e planejamento aqui expressos podem contribuir com a comunicação entre gestore(a)s, pesquisadore(a)s e membros do controle social a vislumbrarem métodos e oportunidades de mudanças sistêmicas nas práticas assistenciais e nos modos de gerir a saúde na Amazônia.



ISBN 978-65-5462-139-7



9 786554 621397 >