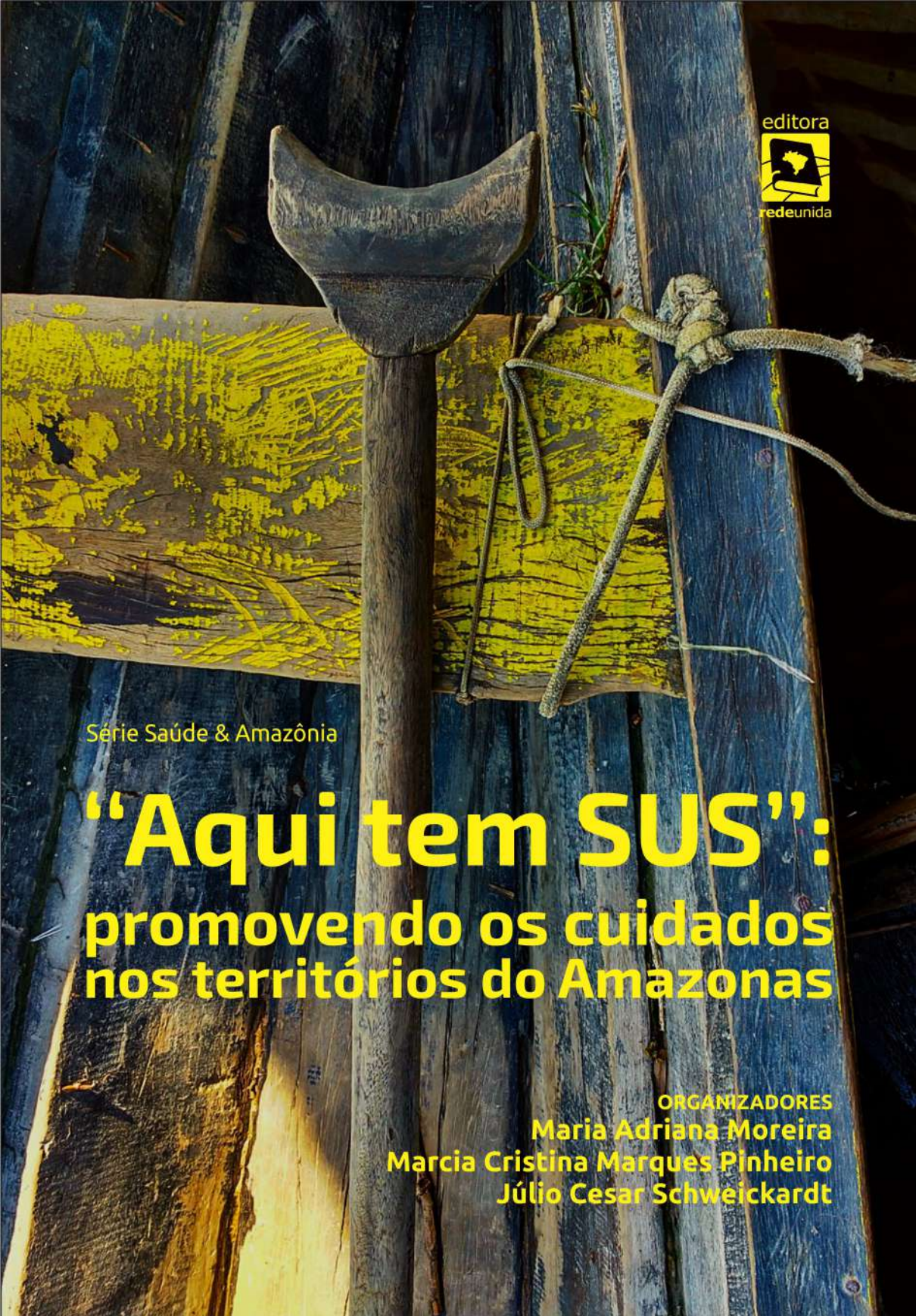


editora
redeunida

Série Saúde & Amazônia

“Aqui tem SUS”: promovendo os cuidados nos territórios do Amazonas

ORGANIZADORES
Maria Adriana Moreira
Marcia Cristina Marques Pinheiro
Júlio Cesar Schweickardt

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 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 parceiros 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
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
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
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

ORGANIZADORES
Maria Adriana Moreira
Marcia Cristina Marques Pinheiro
Júlio Cesar Schweickardt

Série Saúde & Amazônia, 35

“Aqui tem SUS” :

promovendo os cuidados nos territórios do Amazonas

1ª Edição
Porto Alegre
2025

editora
redeunida

Copyright © 2025 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**
Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, 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, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia 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);
Àngel Martínez-Hernáez (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);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider 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);
Quelen 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);
Vera 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
Carolina Araújo Londero

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain

Imagem Capa
Claudioney da Silva Guimarães

Revisores
Júlio Cesar Schweickardt, Viviane Lima Verçosa, Lupuna Corrêa de Souza, Cleudecir Siqueira Portela, Gercicley Rodrigues dos Santos, Mariza Quércio Machado e Mayra Costa Rosa Farias de Lima, William Pereira Santos (LAHPSA/Fiocruz Amazônia), Fabiana Mânica Martins e Raniele Alana Lima Alves (UFAM), Thalita Renata das Neves Guedes (SEMSA Manaus), Janayla Bruna Oliveira de Aguiar (DSEI ARS), Alcindo Antônio Ferla e Stela Meneguel (UFRGS), Gigellis Duque Vilaça, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Maria Adriana Moreira, Cristiano Fernandes da Costa (Cosems AM).

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 das Mostras "Aqui Tem SUS" e "ImunizaSUS", organizadas pelo Conselho de Secretarias Municipais do Amazonas (COSEMS AM). Os textos tiveram o acompanhamento de pesquisadores e alunos do Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/ Fiocruz Amazônia, que fizeram o processo de Educação Permanente com os autores e autoras. Os manuscritos foram avaliados pela equipe de organização do livro, com o apoio de revisores especializados da área da saúde coletiva.

COSEMS-AM
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas

ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FIOCRUZ

SUS

LAHPSA

Esta obra teve incentivo:

COSEMS-AM
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A656

"Aqui tem SUS": promovendo os cuidados nos territórios do Amazonas/ Maria Adriana Moreira; Marcia Cristina Marques Pinheiro; Júlio Cesar Schweickardt (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

517 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 35).

E-book: 29.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-202-8

DOI: 10.18310/9786554622028

1. Sistema Único de Saúde. 2. Amazônia. 3.Cuidado. 4. Assistência Integral à Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 525-590

CDU 614 (282.281.3)

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora redeunida

Sumário

Prefácio CONASEMS..... 13
Hisham Mohamad Hamida

Prefácio SES 15
Nayara de Oliveira Maksoud

A Mostra "Brasil, Aqui Tem SUS": uma produção coletiva e participativa do conhecimento nos territórios do Amazonas 17
Maria Adriana Moreira, Marcia Cristina Marques Pinheiro, Júlio Cesar Schweickardt

"Vale pela vida": relato de uma experiência com a balsa da saúde em Atalaia do Norte, Vale do Javari, AM..... 39
James Rodrigues Guedes, Antônio Amancio Barbosa Neto, Greyciane Rodrigues Saldanha Mesquita, Viviane Lima Verçosa

Enfermaria indígena: um relato de experiência bem-sucedido no hospital geral de Barcelos 51
Mayara Victória Feitosa Veras, Gigellis Duque Vilaça, Fabiana Mânica Martins

Saúde Digital e Telemedicina: quebrando paradigmas e reformulando caminhos..... 61
Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte, Gigellis Duque Vilaça, Cleinaldo de Almeida Costa, Jonas Tadeu Cau Sertorio, Cleudecir Siqueira Portela

Atendimento domiciliar: cuidado que transcende as adversidades nas enchentes em território amazônico 83
Anna Beatriz Chagas Freitas, Daniel Bezerra Arruda, Lourena da Silva Camurça, Silvio Schimangogeski

Acompanhamento de usuários com feridas na Atenção Primária em Saúde no município de Carauari-AM..... 97

Everton Martins Honorato, Khylvia Nascimento da Costa, Alcinda Santiago da Rocha, Raylan Nascimento da Silva, Tâmela Bruna Viana de Medeiros, Lupuna Corrêa de Souza, Liliam Rafaelle Souza da Silva

Desafios da adesão dos usuários ao programa Hiperdia em uma comunidade ribeirinha no Careiro Castanho, AM..... 109

Karina Sebastiana Macêdo Araújo, Carlos Alexandre Pereira da Silva, Yasmim Colares de França, Gigellis Duque Vilaça, Lupuna Corrêa de Souza

Projeto visão além do futuro: uma ação intersetorial no município de Coari, AM 119

Maria do Perpétuo Socorro Carvalho Barreto, José Carlos Ferreira Pinheiro Junior, Wendel da Silva Barros, Fabricio da Rocha Botelho, Kelly de Nazaré Oliveira, Gercicley Rodrigues dos Santos

Heróis das águas: desafios e potencialidades nas urgências e emergências em um município amazônico 137

Karina Sebastiana Macêdo Araújo, Carlos Alexandre Pereira da Silva, Yasmim França de Colares, Jackeline da Silva Gomes, Gigellis Duque Vilaça, Lupuna Corrêa de Souza

Fisioterapia em grupo: tratamento da lombalgia na Atenção Básica em Eirunepé - AM.....149

Yanna Luane Souza Cavalcante, Thayana Oliveira Miranda, Francisco Loab Dos Santos Silva, Marluce Mineiro Pereira, Liliam Rafaelle Souza da Silva

Projeto papo de mãe: educação e atenção à saúde na gestação em Eirunepé, AM 167

Arielly Queiroz de Menezes, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Viviane Lima Verçosa

Ampliação do acesso ao tratamento de doenças crônicas da população de área remota em Humaitá/AM.....181

Gabriela de Almeida da Silva, Cleudecir Siqueira Portela

Centro municipal de referência ao autismo: relato de experiência do apoio às crianças e aos pais atípicos do município de Itacoatiara-AM.....201

Michel Fabrício Pereira de Souza, Thiago Silva dos Santos, Viviane Lima Verçosa

Desafios no cuidado em saúde mental de comunidades ribeirinhas: estratégias do CAPS I em Lábrea, Amazonas 223

Betânia Lacerda Gomes, Ingrid Lima Silva, Lupuna Corrêa de Souza

Inovação no combate da tuberculose: tecnologia auxilia na identificação de usuários com falha no seguimento do tratamento em Manaus, AM..... 233

Adriane Farias Valentin, Eliane Nogueira Campos, Elson Pessoa Vasques, Jacó Miranda dos Santos

Da concepção à contracepção: como iniciou a estratégia de ofertar DIU às mulheres em situação de rua de Manaus-AM..... 243

Ezequiel Fernandes da Costa Neto, Layla Calazans Muller, Jacqueline Cavalcanti Lima, Maria Dinez Fabá de Oliveira, Lúcia Helena de Araújo Jorge, Eucinara Buás Guedes, Thalita Renata das Neves Guedes

Educação em saúde para professores e funcionários da educação básica e recreação infantil..... 257

Leda Lima Sobral, Gisele Torrente, Elen Palmeira Assunção, Eduardo Fernandes

Agente indígena de saúde: uma rede viva no contexto urbano da zona norte de Manaus 267

Aline Aparecida Ferreira Artini, Beatriz Rodrigues Campinho, Francinara Batista Neves Lima, Iranilson Militão Gabriel, Izomaria dos Santos Braga, Júlio César Schweickardt, Sâmia Roberta da Silva Torres

Olimpíadas da terceira idade e práticas corporais na atenção primária como estratégia de promoção da saúde, Manaus/AM 287

Patrícia Guimarães Couto, Patricky Batista Da Silva, Thalita Souza Mendes, Maria de Fátima Falcão da Silva, Wendell Mattheus Amâncio da Silva

Promoção de saúde bucal da população ribeirinha no município de Manicoré-AM: uso do diário como estratégia de planejamento....299

Mesraim Salef Rocha do Rosário, Maria Adriana Moreira, Sabrina Araújo de Melo, Vanessa Colares Magalhães Alves, Pablo Manuel oliveira almeida, Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

Saúde na Amazônia: a implantação e atuação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha município de Manicoré/AM.....311

Mesraim Salef Rocha do Rosário, Maria Adriana Moreira, Sabrina Araújo de Melo, Vanessa Colares Magalhães Alves, Raniele Alana Lima Alves

Capacitação em primeiros socorros nas escolas: instrução de manobra de Heimlich na prevenção de engasgos em crianças no município Nhamundá, AM.....331

Milton Gama dos Santos, Lupuna Corrêa de Souza, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Alcineia Fontes Neto, Luan Marinho de Souza

"Chá de Bênçãos": uma prática integrativa aplicada em um grupo de grávidas em Nhamundá-AM..... 339

Neliane Tavares de Souza, Gercicley Rodrigues dos Santos

"Flor de tucumã": serviço da eMulti e exame *Papanicolau* humanizado em mulheres do município de Nhamundá, AM..... 351

Fabíola Guimarães de Carvalho, Trindade de Jesus Vidal Furtado, Samara de Oliveira Guimarães

Caravana de reabilitação: serviços de fisioterapia ofertados em comunidades ribeirinhas de Nhamundá, AM..... 357

Carolina Neves Jacaúna, Priscila Santana

A fonoaudiologia no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista em Rio Preto da Eva/AM.....369

Vanessa Pereira Oliveira, André Luiz Freitas Nogueira, Gigellis Duque Vilaça, Victória Villar Viana Queiroz

Convite ao cuidado: sensibilização de mulheres para o preventivo por meio de cartas.....379

Andreza Cezar Fonseca, Mariana Rodrigues da Silva, Gigellis Duque Vilaça, Raniele Alana Lima Alves

Radar Odonto: proporcionando acesso à assistência odontológica no município de São Paulo de Olivença, AM.....393

Valentina Victoria Tourinho Ramos, Thiago dos Santos da Silva, Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Antônio Amâncio Barbosa Neto

Equipe multiprofissional eMulti: promovendo qualidade de vida para crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias no município de Silves - AM 407

Willian Lira Grana, Rayana Lima Martins, Elanne Martins Viana, Elivane Silva Pacheco, Lupuna Corrêa de Souza

Faturamento hospitalar: aprimorando a gestão no município de Silves, AM 419

Auricelia Maria Queiroz Assis, Laene Conceição Gadelha, Cleudecir Siqueira Portela

Fisioterapia pélvica: derrubando pré-conceitos e transformando vidas em Silves, AM 441

Auricelia Maria Queiroz Assis, Dennice Batista Neves, Laene Conceição Gadelha, Denise Rodrigues Amorim de Araújo

Gestantes vivendo com HIV: o trabalho para eliminar a transmissão Vertical no município de Tefé, AM 455

Sandra Caroline Pereira Machado, Patrizia Gonçalves de Araújo Pires , Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Inclusão das práticas integrativas e complementares no município de Tefé-AM 467

Heloise Terezinha Alves Guimarães, Thaís Lorena Mouzinho de Brito, Lecita Marreira de Lima Barros, Mariza Quercio Machado

Empodera gestão: instrumentos de planejamento para uma saúde solidária no Amazonas 483

Gigellis Duque Vilaça, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Laene Conceição Gadelha, Ariane Guerreiro de Souza, Julio Cesar Schweickardt

Sobre Organizadores, Autores e Autoras 499

Prefácio CONASEMS

Falar sobre o SUS nos territórios do Amazonas é, para mim, falar sobre coragem, compromisso e, sobretudo, presença e resiliência. É impossível olhar para esse território sem se emocionar com a força de quem faz saúde todos os dias em meio a tantos desafios.

O livro **"Aqui tem SUS: promovendo os cuidados nos territórios do Amazonas"**, é mais do que um registro de boas práticas. Ele é um retrato vivo de pessoas que acreditam no poder transformador do cuidado. Pessoas que, mesmo enfrentando distâncias de rios e de tempo, conseguem estar perto. Porque estar perto, no SUS, é uma escolha. É a escolha de estar presente onde mais se precisa.

Como alguém que vive e acredita no SUS que acontece nos municípios, me sinto profundamente sensibilizado por cada experiência contada aqui. São histórias de resistência, mas também de mudanças. São pessoas que pensam com o território, que escutam com o coração e que constroem saúde juntos.

O Amazonas nos ensina que o SUS só é possível quando a singularidade de cada lugar é respeitada e valorizada. E é justamente isso que este livro faz: ele dá visibilidade ao que, muitas vezes, é invisível.

Espero que esta leitura inspire, emocione e, principalmente, reforce em cada um de nós a certeza de que o SUS dá certo, sim — porque tem gente fazendo, com responsabilidade, afeto e compromisso real com a vida.

Sigamos na missão de garantir um SUS cada vez mais garantido e fortalecido para toda a população e em todos os lugares.

Hisham Mohamad Hamida
Secretário Municipal de Saúde de Pirenópolis-GO e Presidente do CONASEMS

Prefácio SES

É com grande orgulho e profunda admiração que apresento esta obra, que reúne experiências transformadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) nos territórios do nosso imenso Amazonas. A leitura deste livro nos revela não apenas relatos de práticas exitosas, mas também testemunhos vivos da resistência, cuidado e compromisso das trabalhadoras e trabalhadores do SUS, que enfrentam, diariamente, os desafios do fazer saúde na maior e mais diversa região do país.

O Amazonas nos ensina, com seus caminhos entrecortados por águas e florestas, que nossos territórios exigem soluções criativas, adaptadas às realidades locais, que considerem as culturas, os saberes, as distâncias e a beleza singular de cada comunidade, aldeia, vila ou cidade. E é exatamente isso que este livro nos entrega: um mosaico de ações concretas que promovem a equidade e garantem o acesso à saúde de forma digna e respeitosa.

As experiências aqui registradas mostram que é possível fazer mais e melhor mesmo diante das adversidades. Elas revelam um SUS ativo nos hospitais, nas Unidades Básicas, nas balsas, nos territórios ribeirinhos e indígenas, nos espaços urbanos e remotos, de forma presencial e também com telemedicina. Um SUS que escuta, acolhe, caminha junto. Um SUS feito de gente que cuida de gente.

Quero saudar e parabenizar todos os profissionais que participaram das Mostras Municipais, Estaduais e Nacionais — cada trabalho aqui é uma semente de esperança e de transformação. Também agradeço ao COSEMS-AM, à Fiocruz Amazônia e a todos os parceiros que contribuíram para que essas experiências fossem registradas e que, agora, estejam acessíveis a toda a sociedade.

Que esta publicação inspire novas ações, fortaleça as redes de cuidado e reafirme nosso compromisso com um SUS público, universal, integral e equânime. Sigamos em frente, com coragem e determinação, cuidando da saúde do nosso povo e da vida que pulsa em cada canto do Amazonas.

Nayara de Oliveira Maksoud
Secretária de Estado de Saúde do Amazonas

A Mostra “Brasil, Aqui Tem SUS”: uma produção coletiva e participativa do conhecimento nos territórios do Amazonas

Maria Adriana Moreira
Marcia Cristina Marques Pinheiro
Júlio Cesar Schweickardt

Nos ajude a olhar a imensidão...

Diego não conhecia o mar.
O pai, Santiago Kovadloff, levou-o para que descobrisse o mar.
Viajaram para o Sul.
Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.
Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia,
depois de muito caminhar,
o mar estava na frente de seus olhos.
E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor,
que o menino ficou mudo de beleza.
E quando finalmente conseguiu falar,
tremendo, gaguejando,
pediu ao pai:
Me ajuda a olhar!

Livro dos Abraços, Eduardo Galeano (2002)

A “imensidão” pode estar no nosso cotidiano, no trabalho, nas falas, nos encontros, no caminhar pelos lugares da Amazônia, podem estar por detrás das “dunas”, que demanda muito caminhar para contemplarmos o outro lado, o “mar”, a “imensidão” e a “beleza”. A “imensidão” está no nosso lugar, e quando a vemos, ficamos “mudos” de tantas coisas que se mostram aos nossos olhos e a nossos corpos. Por isso, o exercício de “desver”, como

nos ensina o poeta sulmatogrossense Manoel de Barros, é uma experiência e um modo de ver o mundo. Desver para a imensidão é olhar para as presenças em detrimento das ausências. Significa deixar a imensidão entrar nos nossos corpos para produzir cuidado integral para promover a beleza da vida. Nas histórias, aqui reladas, vemos as presenças das vidas, que nos ajudaram a olhar os territórios, os profissionais e as pessoas.

O Estado do Amazonas é, em si, uma grande complexidade que envolve muitos caminhos, rios, lagos, igarapés, comunidades, populações diversas, diferentes línguas, dinâmicas socioeconômicas, tipos de transporte, situações transfronteiriças, conflitos de projetos de desenvolvimento, grandes obras de infraestrutura, longas estradas, reservas extrativistas, reservas ambientais, parque industrial da Zona Franca de Manaus, migrações e tantas outras dinâmicas sociais, culturais, econômicas e populacionais. Essas questões trazem desafios para o campo da saúde, mas também são oportunidades para a inovação e a invenção de estratégias de inclusão e de promoção da saúde. É disso que trata este livro.

As dinâmicas locais têm desafiado os gestores e as equipes de saúde a propor inovações, com situações que demandam uma atenção diferenciada como um novo processo, uma oferta de educação em saúde, uma nova tecnologia, uma adaptação para as enchentes e secas, os ajustes numa Unidade de Saúde para acolher os diferentes. Por fim, os autores e autoras nos apresentam muitas histórias que mostram o SUS em ato, aquele que está presente na vida das pessoas, que se faz no chão do território, no meio da floresta, na cidade, no bairro, na comunidade, na canoa, na rabeta e no barco. São tantas as saúdes que se fazem que nos impressionamos com a potência do SUS na Amazônia.

O papel da Mostra "Brasil, aqui tem SUS": um espaço de inovação, troca, valorização do trabalho e fortalecimento do SUS

Os avanços a favor de direitos à saúde,
estão consistentemente expostos
e documentados nas Mostras de Experiências nos
Congressos dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
dos Estados e Nacional.

Nelson Rodrigues dos Santos

O Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) é um evento de grande magnitude para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo hoje o maior evento de saúde pública do Brasil e quiçá do mundo. Nesse contexto, a Mostra "Brasil, aqui tem SUS" emerge como um componente essencial, desempenhando um papel multifacetado que vai além da simples apresentação de trabalhos no congresso. Ela se configura como um espaço dinâmico de aprendizado, troca de experiências, reconhecimento de boas práticas e estímulo à inovação, contribuindo significativamente para o aprimoramento e o fortalecimento do SUS em todo o território nacional.

O SUS, por sua natureza descentralizada e universal, abrange uma vasta gama de realidades e desafios. A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" reflete essa diversidade, apresentando iniciativas desenvolvidas em municípios de diferentes portes, regiões e contextos socioeconômicos. Essa pluralidade é fundamental para demonstrar a riqueza e o potencial do SUS, evidenciando a capacidade de adaptação e inovação dos gestores e trabalhadores de saúde diante das singularidades de cada localidade.

Ao expor essa diversidade, a Mostra permite que os participantes do Congresso do Conasems tenham contato com diferentes abordagens e soluções para problemas semelhantes. Um município que obteve sucesso na abordagem de determinado problema, por exemplo, pode compartilhar sua experiência

com outros que enfrentam o mesmo desafio. Essa troca de conhecimentos é inestimável, pois pode evitar a duplicação de esforços e acelerar o processo de aprendizado e aprimoramento das práticas em saúde.

A Mostra contribui para desmistificar a ideia de que o SUS é um sistema homogêneo e engessado. Ao apresentar projetos inovadores e criativos, ela demonstra que o SUS é um espaço de constante evolução e adaptação, onde a criatividade e a iniciativa dos profissionais são valorizadas e incentivadas. A Mostra hoje, e todos os movimentos que a antecedem, é um riquíssimo espaço, oportunidade e ferramenta para a educação permanente em saúde dos trabalhadores e gestores do SUS.

A gestão municipal é a base do SUS, sendo responsável pela organização e oferta dos serviços de saúde à população. A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" desempenha um papel crucial no fortalecimento dessa gestão, ao dar visibilidade ao trabalho realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde e ao promover a troca de experiências entre os gestores.

Ao apresentar a experiência de seu município na Mostra, os gestores e trabalhadores têm a oportunidade de compartilhar seus desafios, conquistas e aprendizados com outros. Essa troca de informações é fundamental para o aprimoramento da gestão local do SUS, pois permite que o aprendizado com os erros e acertos uns dos outros, evitando a repetição de equívocos e acelerando a implementação de boas práticas.

A Mostra contribui para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, ao destacar a importância da integração entre os diferentes níveis de atenção. Muitas experiências apresentadas na Mostra demonstram a importância da articulação entre os serviços de saúde para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade da atenção ao cidadão, usuário do SUS.

A inovação é um elemento para o aprimoramento do SUS. A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" desempenha um papel no estímulo à inovação, ao reconhecer e premiar iniciativas originais e criativas que contribuem para a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde. Ao valorizar

a inovação, a Mostra incentiva os profissionais de saúde a buscar novas abordagens e tecnologias para os problemas enfrentados no dia a dia. Ela estimula a criatividade e a busca por soluções originais, que podem ser adaptadas e replicadas em outros municípios.

Além disso, a Mostra contribui para a produção de conhecimento na área da saúde. As experiências apresentadas são portadoras de evidências do cotidiano do trabalho, que muitas vezes ainda não foram objeto de análises acadêmicas, ao menos nas características que têm no mundo do trabalho e, assim, contribuem para o avanço do conhecimento na área. A Mostra também proporciona um espaço para o debate e a reflexão sobre os desafios e as perspectivas do SUS, o que estimula a produção de novas ideias e soluções.

As trabalhadoras e trabalhadores de saúde são o principal ativo do SUS. A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" reconhece o trabalho e o empenho dessas trabalhadoras e trabalhadores, que atuam na ponta, desenvolvendo projetos e iniciativas que fazem a diferença na vida das pessoas. Ao dar visibilidade a esses trabalhos, a Mostra fortalece o senso de pertencimento e o orgulho de trabalhar no SUS. Ela contribui para a valorização dessas trabalhadoras e trabalhadores, que muitas vezes enfrentam condições de trabalho desafiadoras e são pouco reconhecidos pela sociedade.

A Mostra contribui para o fortalecimento do SUS como política de Estado. Ao demonstrar a importância do sistema para a saúde da população e o seu potencial para promover a equidade e a justiça social, a Mostra ajuda a consolidar o SUS como um direito de todos os cidadãos brasileiros.

O Congresso do Conasems se transformou num espaço de diálogo e articulação política entre os gestores municipais de saúde, gestores estaduais de saúde, o Ministério da Saúde e outras instituições e organizações da área da saúde. A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" se insere nesse contexto como um espaço de encontro e troca de ideias, onde os participantes podem discutir os desafios e as perspectivas do SUS e buscar soluções conjuntas para os problemas enfrentados pelo sistema.

Apesar de sua importância e relevância, a Mostra "Brasil, aqui tem SUS" enfrenta alguns desafios que precisam ser superados para que ela possa continuar desempenhando seu papel de forma eficaz. Um dos desafios é garantir a participação de um número cada vez maior de municípios, especialmente os menores e mais distantes dos grandes centros urbanos. É fundamental que a Mostra seja acessível a todos os municípios, para que todos tenham a oportunidade de compartilhar suas experiências e aprender com os outros. Sobre este ponto - o apoio às Mostras Estaduais organizadas pelos Cosems e o apoio à mobilização e qualificação dos relatos das experiências para a participação nas Mostras Estaduais - tem sido valorizado e priorizado pelo Conasems. Outro desafio é sempre aprimorar os mecanismos de avaliação e seleção dos trabalhos apresentados na Mostra. Em muito já avançamos, mas é incansável a busca para que nossa avaliação seja clara e objetiva, e o processo, transparente e justo.

A Mostra "Brasil, aqui tem SUS" tem o potencial de se tornar um espaço ainda mais relevante para o SUS. Ela pode se tornar um centro de referência para a inovação e a produção de conhecimento na área da saúde, e um espaço de articulação política ainda mais forte e eficaz. Em suma, a Mostra "Brasil, aqui tem SUS" é o coração que pulsa SUS no Congresso do Conasems e no SUS como um todo. Ela desempenha um papel multifacetado, que vai desde a disseminação de boas práticas e o fortalecimento da gestão municipal até o estímulo à inovação e a valorização das trabalhadoras e trabalhadores de saúde.

Ao longo de 20 anos, a Mostra se consolidou como um espaço de aprendizado, troca de experiências e articulação política, contribuindo significativamente para o aprimoramento e o fortalecimento do SUS em todo o Brasil. Com o apoio e o engajamento de todos os envolvidos, as Mostras estaduais e nacional tem o potencial de se tornar ainda mais relevante e eficaz no futuro, impulsionando o SUS rumo a um futuro mais justo, equânime e eficiente.

A Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS": um processo de conhecimento dos territórios, inclusão de gestores, trabalhadoras e trabalhadores de saúde

A primeira participação do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems/AM) na Mostra "Brasil, aqui tem SUS" foi em 2011. A presença foi modesta, apenas dois municípios apresentaram três trabalhos, mas o esforço valoroso, considerando um estado constituído por 62 municípios, marcados pela vasta extensão territorial e dificuldades no acesso. Depois de uma década, os avanços foram se tornando perceptíveis a cada ano. Até 2018 a média da participação nas Mostras eram em torno de 5 municípios, com 13 trabalhos. Nesse ano, pela primeira vez o Cosems AM conseguiu realizar sua **1ª Mostra Estadual Amazonas, Aqui tem SUS**. A média da participação em torno de 5 municípios e no máximo 13 trabalhos.

A **2ª Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS"** foi realizada em 2019, em Manaus, no quando foram selecionados seis trabalhos para representar o estado na 16ª Mostra Nacional "Brasil, Aqui Tem SUS", em Brasília. O objetivo da Mostra Nacional é propiciar o compartilhamento de experiências no SUS; divulgar as ações de municípios e suas inovações para solucionar problemas; promover a visibilidade de práticas de saúde no nível local e territorial; refletir sobre a gestão e organização de serviços de saúde para o fortalecimento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS).

Marcia Cristina Marques Pinheiro, coordenadora nacional da Mostra "Brasil, aqui tem SUS" e o professor Alcindo Ferla, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2019, realizaram a primeira Oficina de Escrita, que teve como objetivo estimular os profissionais de saúde a reconhecerem a importância de seus trabalhos e os registrarem na Mostra. Nesse ano, houve a participação de 9 municípios e 36 trabalhos. O Amazonas foi premiado na 16ª Mostra Brasil, aqui tem SUS – 2019, com o trabalho: Amazonas Combatente municipal – Escola e Comunidade Livres do *Aedes Aegypti*. Autora: Liliam Rafaelle Souza da Silva, município de Nova Olinda do Norte.

Em 2020, o Congresso Nacional, que aconteceu no município de Campo Grande- MS foi suspenso, devido à pandemia de Covid-19. Por este motivo A 17ª Mostra Brasil, aqui tem SUS foi a 1ª Mostra Virtual "Brasil, aqui tem SUS", realizada durante o I Congresso Virtual do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems nos meses de julho a novembro. A Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS" não aconteceu na modalidade presencial, sendo selecionado para participar da 1ª Mostra virtual, o trabalho do município de Autazes-AM, intitulado: Saúde ribeirinha no gerenciamento para organização dos serviços de saúde na UBS flutuante para enfrentamento da Covid-19 no município de Autazes, tendo como autora: Gigellis Duque Vilaça (Secretária Municipal de Saúde).

Em 2021 também não foi realizado o Congresso Conasems, continuando suspensa a 17ª Mostra Brasil aqui tem SUS e a Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS", por motivo agravante da pandemia Covid-19.

A **3ª Mostra Amazonas, Aqui Tem SUS s**elecionou os cinco melhores trabalhos que concorreram nas 17ª Mostra "Brasil, Aqui tem SUS", no Congresso do Conasems, no período de 12 a 15 de julho de 2022, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Na mostra estadual participaram 14 municípios e 54 autores, sendo os vencedores os municípios de Tefé (1º), Manaus (2º), Presidente Figueiredo (3º), Barcelos (4º) e Manicoré(5º).

- OS DESAFIOS DA COLETA DO TESTE DO PEZINHO EM TEMPO DE PANDEMIA, do Município de Tefé, que teve como autores Clevelland Gomes Sampaio Junior, Denise de Castro Rodrigues, Gleiciane Araujo Rodrigues e Danielison Sena e apoio da Secretária de Saúde Lecita Marreira.
- PREVENTIVO EM SUAS MÃOS, da cidade de Manaus, que teve como autores Hellen Bastos Gomes, Glória Pereira de Freitas, Lorena Cleyce Vinhote Araújo, Ericleia Luna Costa de Souza, Elisangela Goncalves de Oliveira, Cláudia Abreu Cardoso e apoio do Secretário de Saúde Djalma Pinheiro Pessoa Coêlho.

- CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, do Município de Presidente Figueiredo, que teve como autores Camilla Maria Nery Baracho de França, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Júlio Cesar Schweickardt, Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes, Delcicleide Machado da Silva e Mariane de Souza Abreu que também é Secretária de Saúde de Presidente Figueiredo.
- NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BARCELOS (EM SUBSTITUIÇÃO AO MODELO DE CASA DE APOIO), do Município de Barcelos, que teve como autora Rayna Aparecida Gadelha Sussuarana e apoio da Secretária de Saúde Patrícia Leite.
- DO RIBEIRINHO AO URBANO NA CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA, DO MUNICÍPIO DE MANICORÉ. Autores: Manoel Cetauro da Fonseca Júnior, Kedison da Silva Monteiro, Liliane da Silva Soares, Mariles Bentes da Silva, Josely Maria Brandão Colares e Maria Adriana Moreira que também é Secretária de Saúde de Manicoré.

A **4ª Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS"** foi realizada no Tribunal de Contas do Estado- TCE, em 2023. Nesse ano foi iniciado o curso de escrita pela Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/ Fiocruz Amazônia) para apoiar os municípios na escrita das suas experiências. A metodologia do curso foi definida em reuniões semanais, com a participação dos apoiadores, da equipe técnica do Cosems e da coordenação do projeto, exercida pela então secretária executiva do Conselho, Moana Mendes Fialho Serravalle, e pelo professor e pesquisador da Fiocruz Amazonas, Júlio Cesar Schweickardt.

Além de ampliar a Mostra "Amazonas, aqui tem SUS", o objetivo era fortalecer a gestão municipal, dando visibilidade às boas práticas. A Fiocruz

disponibilizou uma plataforma digital para a realização dos encontros e ajudou na construção metodológica do curso, dividido em quatro módulos: 1) produção de conhecimento; 2) comunicação em saúde; 3) escrita e construção de conteúdo; 4) relevância das práticas. O Curso teve duração de 40 horas, com intervenções uma vez por semana. As aulas foram gravadas e disponibilizadas no Campus Virtual da Fiocruz. A proposta surpreendeu pelo interesse. Foram disponibilizadas inicialmente 300 vagas para o interior e 50 para a capital, mas com a procura, o número foi ampliado para comportar 466 participantes de 56 municípios do Amazonas. Um dos efeitos positivos do processo de qualificação da 4ª Mostra e a realização das mostras municipais.

A participação direta dos municípios na apresentação dos trabalhos e na seleção das experiências apresentadas nas mostras estadual e nacional tornou o processo mais democrático e representativo. Em 2023, 17 municípios do Amazonas realizaram mostras municipais, apresentando 220 trabalhos. A empolgação dos gestores levou à distribuição de prêmios como motos e computadores para as experiências de maior destaque e financiamento para participar da Mostra Nacional.

A grande movimentação das mostras municipais ampliou a atuação dos municípios como Tefé e Manicoré, que reuniram, respectivamente, 30 e 37 trabalhos em suas cidades. A capital Manaus conseguiu apresentar na sua Mostra Municipal com 80 trabalhos. Os autores das seis experiências vencedoras também foram premiados nas etapas municipais, participaram do curso de atualização em escrita, o que reflete o envolvimento de toda equipe do Cosems. O Cosems Amazonas foi premiado na 18ª Mostra "Brasil, aqui tem SUS":

- COSEMS: NO BANZEIRO DO AMAZONAS TEM SUS – FORTALECENDO A GESTÃO ATRAVÉS DAS MOSTRAS DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS. Autora: Moana Mendes Fialho Serravalle.
- Prêmio Conasems-documentários fez parte do Projeto "Webdoc Brasil, aqui tem SUS" e recebeu um Certificado de Premiação

pelo respectivo Estado: TELEMEDICINA: QUEBRANDO PARADIGMAS E REFORMULANDO CAMINHOS. Município: Barcelos/AM. Autora: Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte

- Prêmio Cosems pela capacidade de "Sensibilização e Mobilização": prêmio no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais) e um Certificado de Premiação.

Nesse mesmo ano, foi apresentado de forma virtual, os trabalhos selecionados referente a 1ª Mostra ImunizaSUS Amazonas. Trata-se de uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Conasems, em Parceria com os respectivos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva NESCOM. No Amazonas se inscreveram 29 trabalhos, que contou com representante das nove regiões de saúde. Entre os dias 19 e 20, os representantes tiveram a oportunidade de apresentar as experiências para a banca avaliadora, composta por mestres e doutores da Fiocruz, UFAM, UNICEF, FVS-RCP, todos com grande experiência em Políticas Públicas de Saúde no Contexto Amazônico. Os nove trabalhos selecionados do Amazonas foram apresentados nas experiências no Congresso Nacional do Conasems em julho de 2023.

Em 2024 foi realizado a Oficina de escrita pela Fiocruz para a realização da **5ª Mostra Amazonas Aqui tem SUS**, realizado no Tribunal de Contas do Estado- TCE. Evidenciou-se o aumento no número de Mostras Municipais com 20 municípios e 263 trabalhos inscritos. Os seis trabalhos selecionados apresentaram de forma virtual devido o cancelamento do XXXVIII Congresso do Conasems em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em razão da calamidade pública declarada pela inundação das cidades durante as intensas chuvas. Os trabalhos vencedores foram:

Município	Autores	Vencedores da 5ª Mostra Estadual	Vencedores da 19ª Mostra Nacional
Cosems Am	Gigellis Duque Vilaça	Empodera gestão: ações colaborativas para qualificação dos instrumentos de planejamento no amazonas	Prêmio CONASEMS. Premiação Geral - modalidade 2 - experiências dos COSEMS. Prêmio capacidade de "Sensibilização e Mobilização"
Atalaia do Norte	James Rodrigues Guedes	Balsa da saúde flutuante promove a equidade a ribeirinhos e indígenas do vale do javari	Prêmio CONASEMS. Premiação Geral - modalidade 1 (equipes de trabalho de da gestão dos municípios e do DF) - Maiores Notas da Região Para Municípios com até 20 mil habitantes
Boca do Acre	Anna Beatriz Chagas Freitas	Atendimento domiciliar em meio às enchentes: cuidado que transcende as adversidades	Prêmio IdeiaSUS. Fiocruz e SUS Prêmio CONASEMS. Premiação Geral - modalidade 1 (equipes de trabalho de da gestão dos municípios e do DF) - Maiores Notas da Região
Careiro	Karina Sebastiana Macedo Araújo	Hérois das águas: desafios e potencialidades nas urgências e emergências em um município amazônico	
Manicoré	Alexsanderson de Souza Passos	Projeto Amazônia solidária em Nazaré Capanãzinho: a construção de produtos de comunicação em saúde	Webdocs Brasil, Aqui Tem SUS
Nhamundá	Carolina Neves Jacaúna	Caravana de reabilitação: serviços de fisioterapia ofertados em comunidades ribeirinhas de Nhamundá.	
Rio Preto da Eva	Andreza Cezar Fonseca	Sensibilização das mulheres para coleta do preventivo utilizando como estratégia cartas convites	Prêmio CONASEMS. Premiação Geral - modalidade 1 (equipes de trabalho de da gestão dos municípios e do DF) - Maiores Notas da Região
Silves	Auricélia Maria Queiroz Assis	Fisioterapia pélvica: derrubando pré-conceitos e transformando vidas	

A **6ª Mostra "Amazonas, Aqui tem SUS",** versão 2025, teve o regulamento publicado, com data prevista para acontecer nos dias 07 e 08 de maio. Nesta edição, teremos 18 trabalhos para representar o estado na Mostra Nacional nos dias 15 a 18 de junho em Belo Horizonte/MG.

O que nos dizem os textos

Os capítulos passaram por um longo processo de avaliação, pois, muitos deles, passaram pelas Mostras Municipais, em seguida participaram da Mostra "Amazonas, Aqui Tem SUS", sendo que 6 foram selecionados para participar na Mostra Nacional "Brasil, Aqui Tem SUS". Os textos que compõem esta obra são as experiências premiadas em 2023 e 2024, por isso que temos municípios com mais de um capítulo ou que receberam dois ou mais prêmios na Estadual. Em seguida, os autores e autoras foram convidados para participar da escrita do Livro **"Aqui tem SUS": promovendo os cuidados nos territórios do Amazonas.**

A metodologia das escritas partiu de uma concepção de que todos os textos têm algo a dizer e, portanto, não há certo ou errado, mas um processo de aprendizagem, de Educação Permanente. Assim, cada grupo de autores foi acompanhado por pesquisadores, estudantes de mestrado e doutorado, apoiadores do Cosems AM, que acompanharam as escritas em todo o processo. Os textos foram encaminhados para avaliadores externos que fizeram sugestões para qualificar a escrita e, em seguida, foi devolvido aos autores e autoras para revisão. Por fim, os organizadores fizeram uma revisão final para a versão final dos textos.

Temos 115 autores e autoras, distribuídos em 20 municípios do Amazonas, com temáticas diversas que abordam desde estratégias da Atenção Básica, saúde ribeirinha, saúde bucal, atenção hospitalar, práticas integrativas e complementares, educação em saúde, saúde mental, gestão e financiamento. Destacamos que todas as 9 regiões de saúde estão representadas nos textos, mostrando a diversidade e potência do SUS em territórios com realidades diferentes.

Iniciamos nossa caminhada pelo Alto Rio Solimões com o texto "**Vale pela vida": relato de uma experiência com a balsa da saúde em Atalaia do Norte, Vale do Javari, AM.** Este capítulo aborda a utilização de uma balsa para realizar atenção às populações ribeirinhas e indígenas do município de Atalaia do Norte. A prática é inovadora porque traz uma resposta para superar as questões de acesso que marcam a região do Vale do Javari.

A região do médio Rio Negro traz a experiência de criação de uma **Enfermaria indígena: um relato de experiência bem-sucedido no hospital geral de Barcelos**, uma questão que acompanha a saúde indígena em diversos municípios do país. Os profissionais e gestão apresentam uma experiência de adaptação de espaço e alimentação diferenciada para a população indígena, diminuindo os impactos culturais que uma internação hospitalar acarreta à vida dos indígenas. Barcelos ainda traz o texto **Saúde Digital e Telemedicina: quebrando paradigmas e reformulando caminhos**, que mostra a introdução de tecnologias de telemedicina ampliar o acesso aos atendimentos de média complexidade, ampliando o cuidado às regiões de difícil acesso na Amazônia.

O município de Boca do Acre, região do Purus, traz o texto **Atendimento domiciliar: cuidado que transcende as adversidades nas enchentes em território amazônico.** A experiência descreve as estratégias que a gestão construiu para realizar cuidados domiciliares no período das enchentes, garantindo a continuidade da atenção na Atenção Básica, mesmo em situações provocadas pelas mudanças climáticas, que têm gerado situações de cheias e secas cada vez mais severas. Portanto, a experiência pode passar a ser parte do planejamento da gestão municipal para enfrentar as questões climáticas severas.

A região do Juruá traz o texto **Acompanhamento de usuários com feridas na Atenção Primária em Saúde no município de Carauari-AM**, quando analisa as práticas de acompanhamento e tratamento de usuários com feridas crônicas na Atenção Básica, criando referências importantes que impactam na diminuição das transferências para a alta complexidade. A estratégia tem mostrado resultados importantes para a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

O município Careiro Castanho traz duas experiências da saúde ribeirinha. O primeiro é a **Desafios da adesão dos usuários ao programa Hiperdia em uma comunidade ribeirinha no Careiro Castanho, AM**, quando promove a inclusão de usuários do programa Hiperdia em uma

comunidade ribeirinha, buscando estratégias para a adesão dos usuários ao Programa, com sugestões próximas da realidade dos usuários, com símbolos e uma linguagem acessível nos receituários e orientações. O segundo texto **Heróis das águas: desafios e potencialidades nas urgências e emergências em um município amazônico a**borda os desafios enfrentados pelas da saúde ribeirinha em emergências em um município que tem a maior parte do seu território alagado durante a cheia dos rios.

A região do Solimões traz o **Projeto visão além do futuro: uma ação intersetorial no município de Coari, AM**, onde relata a iniciativa a saúde visual dos usuários no município, especialmente da população escolar, promovendo a inclusão dos jovens e o acesso aos óculos de modo gratuito. Assim, o projeto fortalece o Programa Saúde e Escola, como uma proposta intersetorial que amplia as ações da saúde.

O município de Eirunepé, na região do Juruá, traz duas experiências, sendo a **primeira Fisioterapia em grupo: tratamento da lombalgia na Atenção Básica em Eirunepé – AM**, que discute a eficácia de sessões de fisioterapia em grupo no tratamento de lombalgia. A prática mostra a inclusão do profissional fisioterapeuta na Atenção Aásica do SUS, pois pode ampliar as possibilidades de um cuidado integral, realizando ações de promoção de saúde e reduzindo a demanda na atenção especializada, sobretudo em um município de difícil acesso. A segunda experiência é o **Projeto papo de mãe: educação e atenção à saúde na gestação em Eirunepé, AM**, quando destaca a educação em saúde no âmbito da Atenção Básica para a inclusão das gestantes ao pré-natal. O compartilhamento coletivo das vivências, pela fala e da escuta, mostra os efeitos sobre a saúde corporal e mental das gestantes.

O texto **Ampliação do acesso ao tratamento de doenças crônicas da população de área remota em Humaitá/AM** analisa as estratégias implementadas para ampliar o acesso ao tratamento de doenças crônicas na região do Rio Madeira, especialmente para as questões logísticos da região. A experiência mostrou que a interação entre as Equipe Saúde da Família, Equipe Multiprofissional com a

Assistência Farmacêutica é importante para uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado ao usuário. O uso de medicamentos pode ser mais seguro e adequado às necessidades de saúde da população.

A região do Médio Amazonas trouxe a experiência do **Centro municipal de referência ao autismo: relato de experiência do apoio às crianças e aos pais atípicos do município de Itacoatiara-AM.** Os autores compartilham a experiência de um cuidado às crianças com autismo e suas famílias. O Centro Municipal de Referência ao Autismo trouxe esperança para as famílias, promovendo a inclusão e a possibilidade de que cada pessoa com autismo alcance seu pleno potencial. Assim, a experiência mostra que o acolhimento e a empatia trazem a esperança de que o autismo seja compreendido e respeitado, em todos os espaços e por todas as pessoas.

A região do Purus, traz a experiência **Desafios no cuidado em saúde mental de comunidades ribeirinhas: estratégias do CAPS I em Lábrea, Amazonas**. As abordagens adotadas pelo Centro de Atenção Psicossocial nos cuidados de saúde mental a comunidades ribeirinhas no município de Lábrea. As comunidades ribeirinhas ficam, muitas vezes, isoladas pelas questões do transporte e das emergências climáticas, impactando em tipos de cuidados como da saúde mental. Além disso, há o estigma relacionado às questões de saúde mental, sendo assim, a ação da equipe amplia o acesso ao cuidado e às terapias propostas. Apesar disso, os profissionais do CAPS I têm o compromisso com as populações ribeirinhas no acesso à saúde mental.

O município de Manaus apresenta cinco experiências que mostra as inovações em Programas e serviços especializados na capital amazonense. O texto **Inovação no combate da tuberculose: tecnologia auxilia na identificação de usuários com falha no seguimento do tratamento em Manaus, AM.** Destacamos o uso da tecnologia para o acompanhamento e monitoramento dos usuários com tuberculose, impactando na adesão ao tratamento e nos resultados de gestão do Programa. A segunda experiência vem da Equipe do Consultório na Rua, intitulada **Da concepção à contracepção:**

como iniciou a estratégia de ofertar DIU às mulheres em situação de rua de Manaus-AM. A implementação do fluxo de DIU em mulheres em situação de rua garante a dignidade em saúde reprodutiva e sexual. A experiência trouxe visibilidade e promoveu a autonomia sobre a saúde reprodutiva dessas mulheres, possibilitando a expansão de outros métodos contraceptivos. O texto **Educação em saúde para professores e funcionários da educação básica e recreação infantil** apresenta as ações intersetoriais entre saúde e educação na formação de professores e alunos em questões que envolve as emergências. Importante destacar que a formação foi conduzida pelos profissionais do SAMU. O texto **Agente indígena de saúde: uma rede viva no contexto urbano da zona norte de Manaus** destaca o papel Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em território urbano. Os AIS contribuíram na identificação das redes dos usuários indígenas, pois estavam invisíveis para os trabalhadores e gestores, pois não tinham um cuidado diferenciado. Assim, o AIS por ser indígena contribuiu com as equipes no mapeamento e no desenvolvimento das ações com a população indígena em área urbana. Finalmente, a experiência **Olimpíadas da terceira idade e práticas corporais na atenção primária como estratégia de promoção da saúde, Manaus/AM** discute a implementação das práticas corporais na Atenção Básica, buscando a promoção da saúde dos idosos e o acompanhamento das ações de saúde no território.

O município de Manicoré, região do Rio Madeira, trouxe duas experiências na saúde bucal. A **Promoção de saúde bucal da população ribeirinha no município de Manicoré-AM: uso do diário como estratégia de planejamento** analisa o uso de diários como ferramenta de planejamento na promoção da saúde bucal entre a população ribeirinha. Os diários e relatórios foram importantes para avaliar e monitorar as ações, assim como pensar nas estratégicas de cuidado para o território líquido. O texto **Saúde na Amazônia: a implantação e atuação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha município de Manicoré/AM** apresenta o processo de implantação das equipes de saúde bucal nas áreas ribeirinhas. Esse processo foi acompanhado pela

territorialização das equipes que culminou no planejamento das ações e no processo de criação de infraestrutura para o trabalho nesse território.

O município de Nhamundá, região do Baixo Rio Amazonas, trouxe três experiências. **Capacitação em primeiros socorros nas escolas: instrução de manobra de Heimlich na prevenção de engasgos em crianças no município de Nhamundá, AM** aborda a importância da capacitação de professores e funcionários de escolas em primeiros socorros, com foco na instrução da manobra de Heimlich para a prevenção de engasgos em crianças. A Lei Federal nº 13.722, conhecida como Lei Lucas, torna obrigatória essa capacitação, reforçando a necessidade de treinamento adequado para lidar com emergências comuns no ambiente escolar. A segunda experiência **"Flor de tucumã": serviço da eMulti e exame Papanicolau humanizado em mulheres do município de Nhamundá, AM** descreve o projeto que teve como objetivo ampliar os exames de Papanicolau às mulheres, como uma estratégia de prevenção do câncer cervical. Finalmente, a **Caravana de reabilitação: serviços de fisioterapia ofertados em comunidades ribeirinhas de Nhamundá, AM** relata a ação dos serviços de fisioterapia às comunidades ribeirinhas. A estratégia busca superar as barreiras do território e o isolamento dessa população, ampliando o acesso aos cuidados de fisioterapia.

O município de Rio Preto da Eva, região de Manaus e Entorno, apresenta duas experiências. **A fonoaudiologia no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista em Rio Preto da Eva/AM** destaca a importância da fonoaudiologia no atendimento a crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). A abordagem é humanizada e busca promover a inclusão e a socialização das famílias e crianças na sociedade, além de promover a qualidade de vida dessas crianças. O texto **Convite ao cuidado: sensibilização de mulheres para o preventivo por meio de cartas** é uma iniciativa criativa da equipe da Atenção Básica para criar vínculo e promover um acolhimento às mulheres. Assim, foi possível ampliar o rastreamento do câncer do colo do útero, com um acolhimento humanizado, com tecnologias leves que valorizam as relações de afeto no cuidado equânime.

A região do Alto Rio Solimões traz a experiência **Radar Odonto: proporcionando acesso à assistência odontológica no município de São Paulo de Olivença, AM**, que visa ampliar o acesso à atenção odontológica. As dificuldades das equipes e da população no acesso aos serviços é um desafio para regiões como a do Alto Rio Solimões. Os autores sugerem que isso pode ser superado pela educação permanente e pelo investimento em infraestrutura e insumos, assim como no transporte para áreas remotas, onde estão as populações indígenas aldeados e ribeirinhas.

O município de Silves, região do Médio Rio Amazonas traz três experiências. A primeira, **Equipe multiprofissional eMulti: promovendo qualidade de vida para crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias no município de Silves – AM**, aborda a atuação da equipe multiprofissional na inclusão de crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias. O trabalho da equipe possibilitou a promoção da saúde física e mental das crianças, construindo a perspectiva de cidadania e respeito pela condição das crianças e familiares. A segunda experiência, **Faturamento hospitalar: aprimorando a gestão no município de Silves, AM** analisa as estratégias implementadas para aprimorar a gestão financeira do hospital. O texto, além de trazer uma ótima reflexão sobre a questão de financiamento da Média e Alta Complexidade, mostra que a experiência de Silves é possível encontrar soluções para os desafios de perdas e otimização de recursos. O registro hospitalar ampliou a qualidade e oferta de serviços, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. Por fim, o texto **Fisioterapia pélvica: derrubando pré-conceitos e transformando vidas em Silves, AM** explora a introdução da fisioterapia pélvica para a promoção da saúde das mulheres. O depoimento das mulheres mostra que passaram a ser protagonistas de suas vidas, conhecendo o seu corpo. As mulheres tiveram a oportunidade de falar sobre os seus temores e desconfortos. As autoras finalizam: "Temos a certeza de que, em breve, a Fisioterapia Pélvica será amplamente conhecida e fará parte da rotina de cuidados femininos".

O município de Tefé, região do Médio Rio Solimões relata duas experiências; A primeira, **Gestantes vivendo com HIV: o trabalho para eliminar a transmissão vertical no município de Tefé, AM**, onde descreve as ações desenvolvidas para prevenir a transmissão vertical do HIV de gestantes para seus filhos. A abordagem humanizada foi importante no acolhimento e no apoio emocional e psicológico às gestantes. Além disso, a experiência contribuiu para a adesão da prevenção e para a qualificação dos profissionais de saúde. O segundo texto, **Inclusão das práticas integrativas e complementares no município de Tefé-AM** relata a inclusão das PICS nas ações de saúde. O relato apresenta o alcance das PICS e como tem impactado na vida da população e na saúde dos trabalhadores. A experiência traz o componente de compromisso profissional e da gestão no fortalecimento das PICS no município. As práticas utilizadas no cotidiano dos serviços são: acupuntura, quiropraxia, ventosas meditação, dança circular, aromaterapia, musicoterapia, que possibilitam formas de cuidado únicas e diferenciadas.

Por fim, o texto dos apoiadores do Cosems, intitulado **Empodera gestão: instrumentos de planejamento para uma saúde solidária no Amazonas** apresenta a experiência de Educação Permanente para o empoderamento dos instrumentos de gestão. A metodologias foi ativa e buscou a participação dos gestores do Amazonas, buscando cumprir com a legislação de transparência e responsabilidade em relação aos órgãos de controle do SUS e das políticas públicas.

Finalizando a nossa caminhada

As palavras finais são de agradecimento as todas as pessoas envolvidas na produção deste livro, a confiança da diretoria do Cosems, dos apoiadores e dos colegas pesquisadores. Gratidão pelo engajamento e compromisso dos estudantes de mestrado e doutorado, dos colegas do LAHPSA que toparam a ideia de uma construção coletiva do conhecimento. Por fim, um agradecimento especial para os trabalhadores, trabalhadoras e gestores do Amazonas que realizam o seu trabalho nos mais distintos territórios da nossa Amazônia.

Temos o grande prazer de tornar público, por meio deste livro, uma pequena parcela, mas muito significativa do que todos e todas realizam pela inclusão, acolhimento e promoção da qualidade de vida das populações.

Concluímos com as palavras do pensador Nêgo Bispo (2023):

> *Um rio não deixa de ser um rio porque conflui com outro rio. Ao contrário: ele passa a ser ele mesmo e outros rios, ele se fortalece. Quando a gente confluencia, a gente não deixa de ser a gente, a gente passa a ser a gente e outra gente.*

Referências

Bispo, N. (2023). A terra dá, a terra quer. São Paulo: UBU

Galeano, E. (2002). O livro dos Abraços. Porto Alegre: L&PM.

“Vale pela vida”: relato de uma experiência com a balsa da saúde em Atalaia do Norte, Vale do Javari, AM

James Rodrigues Guedes
Antônio Amancio Barbosa Neto
Greyciane Rodrigues Saldanha Mesquita
Viviane Lima Verçosa

Vale do Javari

Javari Ituí
Javari Curuçá
Javari Itaquaí
Bacia dos belos Matsuí
Berço bravo dos Mayoruna-Curuçá
Sina feliz dos Kulina Itaquaí
Braço forte dos Marubo Javari
Cacete de morte dos Kixitos Kaniuá, ah, ah, ah

Vale do Javari
Vale das madeiras
Pérola, ah, ah, ah
Palmeiras do Javari
Dos índios arredios
Pérola, ah, ah, ah

Nada vale como um vale de lágrimas
Vale pela vida, pelo sangue dos Mayorunas

Pelo riso dos Matis
Pelo viço dos Kulinas
Pela arte dos Marubos
Pelo cacete dos Korubos
Pelo grito de guerra, ah, ah
Pelo grito de guerra, ah, ah

Remate dos males
Atalaia do Norte
Estirão do Equador

Pelo riso dos Matis
Pelo viço dos Kulinas
Pela arte dos Marubos
Pelo cacete dos Korubos
Pelo grito de guerra, ah, ah
Pelo grito de guerra, ah, ah
Dos Kanamarís

Javari Ituí
Javari Curuçá
Javari Itaquaí
Bacia dos belos Matsuí
Berço bravo dos Mayoruna-Curuçá
Sina feliz dos Kulina Itaquaí
Braço forte dos Marubo Javari
Cacete de morte dos Kixitos Kaniuá, ah, ah, ah

Pelo grito de guerra, ah, ah
Dos Kanamarís

Composição João Melo Faria / Ronaldo Barbosa

A toada Vale do Javari, que é entoada nas apresentações na festa cultural de Parintins/AM e nas apresentações do Boi Caprichoso, faz um chamado de denúncia da situação de abandono da região e dos povos originários e fala sobre o "grito de guerra" como representação da resistência, luta pela existência e força destes povos, discorre sobre as potências características de cada povo, foi escrita por João Melo Farias e musicada por Ronaldo Barbosa em 1996, mas que até os dias atuais tem uma forte representatividade sobre a realidade e o contexto territorial.

Uma breve apresentação sobre Atalaia do Norte

Atalaia do Norte é mundialmente conhecida por abranger a Terra Indígena Vale do Javari, a maior reserva de indígenas isolados do mundo, onde vivem 7 etnias (Marubo, Mayuruna, Matis, Kulina, Kanamari, Korubo e Tsohom Dyapa), distribuídos em 7 calhas de rios. O município de Atalaia e o Vale do Javari ficaram mundialmente conhecidos recentemente com o último acontecimento sobre o assassinato ocorrido em junho de 2022 de Bruno Araújo Pereira, servidor de carreira da FUNAI e uma significativa representatividade do indigenismo, e Dom Phillips, jornalista inglês de 57 anos.

No Rio Javari, onde está o porto do município, atracam canoas oriundas das comunidades rurais e aldeias indígenas, algumas embarcações permanecem por períodos de até 4 meses. As pequenas embarcações são utilizadas como moradia destas populações e povos que viajam por dias para chegar ao município em busca de benefícios sociais e atendimentos de saúde. A região portuária é um local de muita vulnerabilidade, suscetível a doenças como as de veiculação hídrica devido ao uso das águas do rio para suas necessidades básicas. Assim, em 2022, a Prefeitura de Atalaia do Norte construiu uma Balsa de Atendimento Multiprofissional no porto da cidade para estar mais próximo dos usuários, seus modos de vida e realidade.

Como uma proposta de inovação da organização em saúde, a Balsa Flutuante de Atendimento Multiprofissional oferta desde 2022 atenção à saúde para populações ribeirinhas e indígenas do município de Atalaia do Norte, Amazonas. O município está localizado na região do Alto Rio Solimões, a 1.136 km de distância da capital do Estado, Manaus, possui uma área de 76.354,985 km, com uma população de 15.314 habitantes (IBGE, 2022).

Figura 1. Mapa de localização (Atalaia do Norte).

Fonte: Organizado por: Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

Equidade, transformação e garantia de direitos

A Amazônia traz consigo uma pluralidade de povos, populações, territórios e realidades, por conseguinte, demanda que o olhar sobre o cuidado em saúde seja transversalizado, entendendo a necessidade daqueles que vivem em meio às diversidades de um local que poderíamos chamar de amazônias, dada às diversidades existentes. A práxis é um exercício contínuo frente às situações apresentadas para que se busque a tão almejada transformação das realidades que fomentam iniquidades, o fazer saúde estará sempre atrelado em fazer diferente ao diferentes.

> A Amazônia não é o lugar "sólido" da desordem, como parecem indicar repetidamente os estudos sobre endemias e padrões de doenças. Apenas tem uma complexidade aguda nos acontecimentos, inclusive endemias e adoecimentos, e uma diversidade que é estruturante, o que gera tensões e movimentos contínuos. Para tornar visíveis os saberes e dinâmicas locais, requer olhares fluidos e também complexos com uma epistemologia aberta ao outro (Martins, *et al.,* 2022).

Imagem 1. Balsa Flutuante.

Fonte: Greyciane Rodrigues Saldanha Mesquita, 2024.

Falar sobre e promover equidade em saúde, perpassou por ampliar uma visão holística acerca do cuidado percebendo a importância da integralidade, das potencialidades do território e as reais necessidades daqueles que precisam da garantia de acesso através das ações da atenção básica realizadas pela equipe multiprofissional à população ribeirinha e indígenas do Vale do Javari, no porto do município de Atalaia do Norte, a balsa flutuante realiza atenção à saúde às populações em trânsito no porto do município, identifica as condições de saúde destas pessoas, buscando desenvolver ações de promoção e educação em saúde, especialmente em

relação às doenças diarreicas para promover uma saúde integral e intersetorial próxima do território de vida das diversas gentes.

O Ministério da Saúde, considerando as questões de saúde dos povos que vivem em contextos dos campos, florestas e águas, instituiu em 12 de dezembro de 2005 a Portaria MS/GM nº 2.460 o Grupo da Terra para a elaboração da Política que, desde então, tem-se pensado e trabalhado para a melhoria das condições de saúde e mitigação das iniquidades vivenciadas por estes povos e populações que foram invisibilizados ao longo do tempo, desta forma nasce em 2 de dezembro de 2011, através da Portaria n.º 2.866 A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) para que a política fosse pensada no viés da teoria e prática com base na realidade dos territórios e seus moradores (Brasil, 2013).

Imagem 2. Registro da Balsa Flutuante.

Fonte: Greyciane Rodrigues Saldanha Mesquita, 2024.

Sobre a terminologia PCFA (Populações dos Campos, Florestas e Águas), Carneiro *et al.* (2018) pontuam sobre ser "um conceito contemporâneo

dos movimentos sociais e populares brasileiros, e integra a luta contra a invisibilidade dessas populações dentro do setor saúde. Esta terminologia destaca que as práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular e do SUS precisam ser compreendidos e são diferenciados".

A Balsa Flutuante de Atendimento Multiprofissional foi construída a partir da observação do fluxo da população ribeirinha e indígena do território, que tem características diferenciadas por serem eminentemente populações e povos das águas e das florestas, e atende os povos indígenas em maior número, com o objetivo de cumprir com o princípio da equidade do SUS e realizar uma saúde diferenciada para uma população específica, indo ao encontro delas e de seus modos de vida.

Desta forma, entendemos que uma equipe multiprofissional precisava estar na região do porto e das canoas, que é ao mesmo tempo transporte e moradia, para ofertar os atendimentos necessários a essa população. Na equipe atuam: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 02 agentes de combate às endemias, 02 microscopistas, 01 tradutor de línguas indígenas/ intérprete, sendo este profissional de saúde e indígena essencial no processo de atendimento, 01 assistente social, 06 agentes comunitários de saúde. A estrutura física conta com sinal de internet, Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e 05 cômodos, sendo eles: recepção, consultório de enfermagem/ médico, laboratório para exame de Malária, banheiro e cozinha. Associado aos espaços voltados aos atendimentos em saúde, temos uma sala de atendimento da Secretaria Municipal da Assistência Social (CRAS), visto as demandas das populações em situação de vulnerabilidade, onde também tem um atendente que fala em 5 línguas indígenas.

Imagens 3 e 4. Registro das canoas que ficam atracadas na orla de Atalaia do Norte.

Fonte: Secretaria de Saúde de Atalaia do Norte, 2024.

As transformações só se dão a partir da execução de ações que serão efetivas e atendam a realidade, no entanto, o cenário impõe o suporte de inúmeras redes de atenção e cuidado, levando em conta que essas pessoas se deslocaram e não estão vivendo nos seus territórios, casas, comunidades ou aldeias, tornando o quadro de privações, falta e escassez ainda maiores, corroborando para a gravidade do quadro de carências e precariedades.

Os programas de cuidado em saúde desenvolvidos na balsa, perpassam pelos cuidados ofertados pela Atenção Básica, onde trabalhamos os seguintes programas: Saúde da Criança; Saúde da Mulher – realização de pré-natal, dispensação de medicamentos, imunização, educação em saúde e Vigilância em Saúde, mas sempre pensando no cuidado diferenciado de acordo com a demanda apresentada. O trabalho é realizado diariamente, de segunda a sexta-feira em horário integral, destacamos o trabalho desempenhado pela equipe ESF Ribeirinha:

- Busca ativa de malária de indígenas em trânsito;
- Visitas do médico e enfermeira nas balsas ou canoas, visando principalmente crianças indígenas com diarreia, vômitos, febre e baixo peso;
- Visitas em balsas por parte da assistência social visando indígenas sem documentos, bloqueio de benefícios, pensão pelo BPC e busca ativa de usuários enfermos com diarreia, vômitos, febre e baixo peso;
- Realização de consultas médicas, teste rápidos, gota espessa, entrega de medicamentos, curativos, orientações e cuidados com a saúde indígena;
- É realizada a administração de medicamentos como xaropes, pílulas, pastilhas e pomadas de forma presencial e com supervisão da enfermagem, pelo fato que a maioria dos usuários tem dificuldade na administração das medicações prescritas, por isso, o acompanhamento é fundamental;
- Educação em saúde para cuidados com a higiene, alimentação e saúde dos menores de idade e idosos, sempre pontuando as possíveis doenças que possam acarretar a falta de cuidados a higiene;
- A equipe de endemias, Agentes de Combate as Endemias e Microscopistas a realizam ações preventivas destinadas ao combate de malária e dengue, além de orientação com relação a destinação adequada do lixo que é um problema constante e que tem gerado grande preocupação, pois mesmo sendo destinado vários depósitos no local para a coleta dos resíduos, grande parte da população que ali se encontra não o faz adequadamente, o que é notório ao se chegar no local com grande quantidade de lixo às margens do rio, juntos aqueles que também vivem por algum período naquelas margens;
- Coleta e leitura de lâmina de Malária pela equipe de microscopista, tendo sido encontrado vários casos positivos de usuários que chegam das aldeias.

Vale destacar que não há limite para a realização de consultas para atendimento médico na Balsa e todos (as) são atendidos (as). Feriados, sábados e domingos são os únicos dias que os indígenas em trânsito não são atendidos, pois o funcionamento é de segunda a sexta-feira sendo que, em caso de extrema urgência, os indígenas buscam atendimento hospitalar da cidade.

Os atendimentos e atividades de orientação e educação em saúde são acompanhados pela Agente Comunitária de Saúde indígena do povo Mayuruna que tem um papel fundamental no processo de cuidado, viabilizando um atendimento direcionado e permitindo que os usuários indígenas se sintam mais à vontade para compartilhar suas queixas, visto que a maioria daqueles que procuram os serviços ofertados na balsa, são indígenas e falam predominantemente as línguas maternas indígenas e pouco conseguem se comunicar em português, portanto, este profissional aproxima a equipe de saúde dos usuários e suas necessidades.

Imagem 5. gota espessa (exame para diagnosticar malária).

Fonte: Secretaria de Saúde de Atalaia do Norte, 2024.

Palavras Finais

A construção da balsa possibilitou monitorar a chegada das canoas no porto, bem como identificar os principais agravos das populações indígenas e ribeirinhas, proporcionando atendimentos imediatos, impedindo o agravamento do quadro e possíveis óbitos por causas evitáveis. Desde a inauguração em março/2022 foram atendidos mais de 1.500 usuários, sendo uma média de 70 atendimentos/mês. A Gerência de Endemias coletou 1.772 lâminas para avaliação de malária, com 157 lâminas com resultado positivos, sendo 104 *Vivax* e 41 falciparum, 12 LVC (Lâmina de Verificação de Cura).

A Unidade de referência possibilitou que ribeirinhos e indígenas sejam atendidos em uma estrutura adequada, dispondo de uma equipe de profissionais e serviços básicos, porém essenciais. Na unidade são desenvolvidas ações com outras secretarias e instituições, como: Campanha Nacional de Vacinação juntamente com Distrito Sanitário Especial Indígena Vale do Javari, palestras do Março Lilás – mês dedicado à saúde da mulher, mutirão de atendimentos com presença de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais da SEMAS, ações de combate e controle vetorial, especialmente contra a Malária, a principal endemia da região.

A construção da Balsa fortaleceu significativamente a assistência em saúde dessas populações na região portuária de Atalaia do Norte de modo inédito, por conseguinte, fortalece a acessibilidade aqueles que necessitam de atenção em saúde. Este tipo de Unidade e equipe permitem uma proximidade com os modos de vida dos povos e populações, possibilitando a prática da equidade e de um cuidado intercultural e intersetorial.

A região Amazônica, em destaque o Vale do Javari, tem como principal característica longas distâncias, necessitando de uma logística cara e complexa, onde as populações necessitam navegar dias pelos rios e lagos. Assim, uma Unidade Básica de Saúde Flutuante possibilita uma atenção próxima das suas demandas e de suas formas culturais, interferindo diretamente nas situações

de vulnerabilidade para possibilitar uma melhor qualidade de vida para essas populações. A unidade de saúde flutuante é uma estratégia extremamente positiva, nos cuidados primários, garantindo o direito à saúde universal e equânime, conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Referências

Brasil, 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora Ministério da Saúde.

Carneiro, F.F., Pessoa, V.M., & Teixeira, A.C.A. (2017). Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde [online]. Brasília: Editora UnB, 464 p. ISBN: 978-85-2301-204-5. https://doi.org/10.7476/9786558460510

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/atalaia-do-norte.html. Acessado em 26 de março de 2025.

Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. de S.. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: "território líquido" que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 26, e210361. https://doi.org/10.1590/interface.210361ç

Pessoa, V. M., Almeida, M. M. & Carneiro, F. F.. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde em Debate, 42 (spell), 302-314. https://doi.org/10.1590/0103-11042018s1

Enfermaria indígena: um relato de experiência bem-sucedido no hospital geral de Barcelos

Mayara Victória Feitosa Veras
Gigellis Duque Vilaça
Fabiana Mânica Martins

Introdução

A região amazônica apresenta particularidades que influenciam as políticas públicas e, especialmente, a saúde. Essas particularidades se traduzem em complexidades, tendo em vista seus ecossistemas variados, baixa densidade demográfica e a dispersão populacional, o que gera desafios de ordem não apenas logística, mas também em termos de acesso, adequação e efetividade para o sistema de saúde (Garnelo, 2019).

Figura 1. Sede de Barcelos às margens do Rio Negro

Fonte: Google Earth, 2024.

O município de Barcelos, "Cidade Menina" como carinhosamente é chamada pela população, tem uma população, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de 18.834 habitantes. Foi a primeira capital do estado do Amazonas, quando ainda chamada de Vila de Mariuá. Situada às margens direita do Médio Rio Negro, fica aproximadamente à 400km de distância da capital, Manaus. Rica em belezas naturais, ficou conhecida nacionalmente pelo Festival do Peixe Ornamental (FESPOB) e internacionalmente como a capital da Pesca Esportiva. A sede do município de Barcelos encontra-se a uma altitude 40 m acima do nível do mar. Ocupa uma área de 122.475,79 km² representando 36,85% da Região, 7,80% do Estado e 1,44% de todo o território brasileiro, sendo que 2,45 km² são de área urbanizada (IBGE, 2022).

A seguir, convido os senhores para acompanhar a jornada cheia de encantos e desafios vivenciado por uma enfermeira carioca no interior do Estado do Amazonas, onde a natureza e as culturas se entrelaçam no cuidado. É no contexto amazônico que a produção se insere, cheio de desafios e de potências, em que o cuidar da vida é entendido como um compromisso ético, político e estético. Aqui nestas futuras cenas convidamos o leitor a produzir encontros em ato conosco, encontros que potencializam a produção da integralidade, do cuidado intercultural, da assistência diferenciada.

A Saúde indígena existe! O Norte existe na produção do pensamento e da ciência. A saúde indígena é uma realidade importante e deve ser reconhecida e valorizada. As comunidades indígenas possuem saberes e práticas de saúde que são fundamentais para o bem-estar de seus povos. Além disso, é essencial que esses conhecimentos sejam respeitados e integrados nas políticas de saúde e nas pesquisas científicas, promovendo um diálogo entre diferentes saberes e valorizando a riqueza cultural das populações indígenas.

O objetivo deste relato é contar a experiência da criação de um ambiente acolhedor, pautado na humanização, contribuindo com o processo de cuidado do usuário indígena e buscando a diminuição do tempo de

internação hospitalar. O resumo deste trabalho foi, inicialmente, intitulado "Enfermaria indígena: humanização e respeito aos povos Yanomami, uma experiência bem-sucedida no HGB", que foi apresentado na V MOSTRA ESTADUAL AMAZONAS AQUI TEM SUS, ocorrido nos dias 25 e 26 de abril de 2024, em Manaus, sendo premiado como a melhor experiência do Prêmio Saúde Ribeirinha no Território Líquido.

Descrição e elaboração da experiência

A experiência da escrita passou por diferentes mãos, uma mais reflexiva a partir da jornada vivida em Barcelos, e outras que se somaram para contribuir. Portanto, temos um texto de muitas mãos, com diferentes vozes que se juntam para um relato de um cuidado diferenciado. Há uma gratidão pela produção do conhecimento e o compartilhamento de saberes que aconteceu com os colegas de trabalho e a gestão em saúde. A experiência de escrita é, em si, um processo de aprendizagem. Assim, uma carioca mergulha fundo na realidade e nos modos de vida no interior do estado do Amazonas.

O município de Barcelos possui os seguintes estabelecimentos de saúde: 6 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade Básica de Saúde na comunidade de Moura, uma Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e um hospital Geral com 30 leitos. Cabe destacar que o número de leitos hospitalares por mil habitantes é inferior em relação à média estadual e nacional.

Em relação ao atendimento dos povos indígenas da região, o Hospital Geral de Barcelos já realizou o atendimento de 29 etnias, como apresentado a seguir:

Tabela 1. etnias atendidas no hospital Geral de Barcelos.

ORDEM	ETNIA
01	Yanomami
02	Baré
03	Baniwa
04	Tukano
05	Marubo
06	Urubutapuia
07	Tariana
08	Arapaso
09	Axanica
10	Carapanã Tapuia
11	Mura
12	Dessana
13	Ticuna
14	Kubeo
15	Macuxi
16	Wanana
17	Apurinã
18	Tuiuka
19	Piratapuia
20	Aripuanã
21	Lanawa
22	Canamari
23	Kokama
24	Werekena
25	Apurinã
26	Sateré-Maué
27	Ashaninka
28	Wapixana
29	Kaxinawá

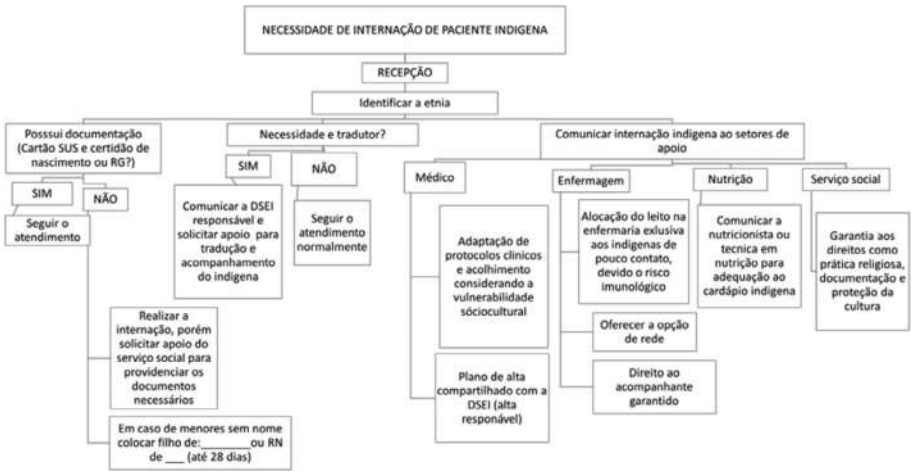
Fonte: elaborada pelos autores, 2024.

Figura 2. Adaptação de redes nos leitos do Hospital Geral

Fonte: Arquivo da Unidade Hospitalar, 2022.

O Hospital Geral de Barcelos Nazaré Lacerda Chaves, unidade hospitalar mista do interior do Amazonas, frequentemente, realiza atendimentos a população indígena, de etnias informadas (tabela 01). A partir disto, identificou-se a necessidade da criação de uma enfermaria exclusivamente voltada à população indígena a fim de prestar um serviço de qualidade. Desse modo, foi possível criar vínculos que reforçam o sentimento de acolhimento, especialmente na tentativa de criar uma proximidade com o ambiente em que vivem. Para o acolhimento dos usuários indígenas, foi criado um fluxograma de internação (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma para internação do usuário indígena.



Fonte: Hospital Geral de Barcelos Nazaré Lacerda Chaves

A Enfermaria Indígena está localizada nas dependências do hospital, funcionando 24h, dispõe de 02 leitos, 01 berço e 03 redes. Os indígenas têm a atenção do corpo médico, de enfermagem e equipe multidisciplinar, bem como o apoio de um intérprete disponibilizado pelo DSEI. Foi criado um protocolo alimentar e cardápio exclusivo para a população Yanomami[1], devido as especificidades culturais de sua alimentação. Quando impossibilitados de dar seguimento ao tratamento em nossa Unidade Hospitalar, necessitando de tratamento em Alta Complexidade realizamos as transferências destes usuários para a capital, Manaus.

O cotidiano da assistência as relações e intervenções dos profissionais de saúde não indígenas obedecem a um modelo compartimentalizado de cuidado e excludente da alteridade, denotando, a falta de qualificação dos profissionais para o trabalho em contextos de multietnicidade e interculturalidade, especialmente com populações indígenas (Silva, 2021).

1 Segundo o Instituto Socioambiental (ISA), o povo Yanomami é formada "por uma sociedade de caçadores-agricultores da floresta tropical do Norte da Amazônia cujo contato com a sociedade nacional é, na maior parte do seu território, relativamente recente. Seu território cobre, aproximadamente, 192.000 km², situados em ambos os lados da fronteira Brasil-Venezuela na região do interflúvio Orinoco - Amazonas (afluentes da margem direita do rio Branco e esquerda do rio Negro). Constituem um conjunto cultural e linguístico composto de, pelo menos, quatro subgrupos adjacentes que falam línguas da mesma família (Yanomae, Yanõmami, Sanima e Ninam)" (ISA, 2024).

O Hospital Geral de Barcelos oferece atendimento em Telemedicina junto ao PROADI-SUS, que permite o atendimento as demandas sem a necessidade de deslocamento para aos grandes centros. As especialidades oferecidas são: cardiologia, neurologia (adulto e pediátrico), pediatria (até 16 anos), endocrinologia (adulto e pediátrico), reumatologia, pneumologista, psiquiatria (adulto e pediátrico), gastroenterologia (adulto e pediátrico) bem como infectologia adulto.

O cardápio indígena, criado pelo serviço de nutrição, tem o objetivo de prestar um serviço de qualidade, possibilitando uma maior proximidade dos usuários indígenas aos seus hábitos alimentares de acordo com sua cultura e modo de vida.

CARDÁPIO INDÍGENA

CAFÉ DA MANHÃ

Opção 1- Banana cozida com café

Opção 2 - Café com pão

Opção 3 – Batata doce cozida ou cará cozido com café

ALMOÇO

Opção 1- Peixe cozido ou assado com farinha

Opção 2 - Frango guisado ou assado com arroz

LANCHE

Opção 1- Banana ou batata doce cozida com café

Opção 2 - Café com pão

JANTAR

Opção 1- Peixe cozido ou assado com farinha

Opção 2 - Frango guisado ou assado com arroz

CEIA

Opção 1 - Bolacha cream cracker ou bolacha de motor com suco ou Batata doce cozida ou cará cozido com café

ATENÇÃO: Alimentação livre de condimentos e excesso de sal. – Cardápio seguindo orientação da nutricionista da unidade hospitalar.

No que tange às transferências para tratamento na capital devido a demanda de saúde ser de alta complexidade, acontecem por meio fluvial ou de UTI aérea, dependendo da gravidade do quadro clínico do usuário. No ano de 2023, por exemplo, houve um surto de síndrome gripal entre crianças Yanomami de até 2 anos de idade, quando foi necessário realizou diversas transferências.

A Enfermaria Indígena foi criada no ano de 2022, e até maio de 2024 foram realizadas cerca de 600 internações distribuídos entre os povos Yanomami e Baré[2], sendo distribuídas entre clínico e obstétrico. A **média de tempo de internação é** de 03 dias, sendo que a internação, por ser um tempo distante do lugar de vida, é minimamente atenuada pelas adequações e melhorias na enfermaria indígena. Por exemplo, a possibilidade de dormir numa rede faz uma grande diferença no cuidado do indígena, sendo adaptações simples que necessitam de uma negociação com os padrões e protocolos hospitalares vigentes na biomedicina do país.

Figura 4. Remoção área do município de Barcelos a sede da capital Manaus.

Fonte: própria autora, 2024.

2 "Os índios Baré e Werekena (ou Warekena) vivem principalmente ao longo do Rio Xié e alto curso do Rio Negro, para onde grande parte deles migrou compulsoriamente em razão do contato com os não-índios, cuja história foi marcada pela violência e a exploração do trabalho extrativista. Oriundos da família linguística aruak, hoje falam uma língua franca, o nheengatu, difundida pelas carmelitas no período colonial. Integram a área cultural conhecida como Noroeste Amazônico" (ISA, 2024).

Considerações finais

O ambiente criado para o acolhimento aos usuarios indígenas produziu um resultado bastante eficaz, especialmente no que se refere à diminuição do tempo de internação. A humanização no atendimento à saúde é fundamental para garantir que os usuários se sintam respeitados e valorizados. No caso dos usuários indígenas, isso significa reconhecer e respeitar suas culturas, tradições e modos de vida. A humanização envolve a criação de um ambiente em que os usuários possam expressar suas necessidades e preocupações, e onde os profissionais de saúde estejam dispostos a ouvir e adaptar suas abordagens para melhor atender a essas necessidades.

O acolhimento é um aspecto crucial para que os usuários se sintam seguros e confortáveis durante o tratamento. O acolhimento de indígenas deve incluir a consideração de suas particularidades culturais e sociais. Isso pode envolver a presença de mediadores culturais, a oferta de espaços que respeitem suas tradições e a promoção de um diálogo aberto entre os profissionais de saúde e os usuários. Um bom acolhimento pode reduzir a ansiedade e o estresse, contribuindo para uma recuperação mais rápida.

A atenção diferenciada refere-se à adaptação dos serviços de saúde para atender às necessidades específicas de grupos distintos, como os indígenas. Isso pode incluir a formação de equipes de saúde que compreendam as realidades culturais dos usuários, a implementação de práticas que respeitem suas crenças e a oferta de serviços que considerem as barreiras de acesso que esses grupos podem enfrentar. A atenção diferenciada é essencial para garantir que os usuários indígenas recebam cuidados adequados e eficazes, resultando em melhores desfechos de saúde e na diminuição do tempo de internação.

A integração dessas três categorias — humanização, acolhimento e atenção diferenciada — é fundamental para melhorar a experiência e os resultados de saúde dos usuários indígenas. Ao criar um ambiente que respeite e valorize suas culturas, é possível não apenas reduzir o tempo de

internação, mas também promover um cuidado mais eficaz e humanizado. Isso demonstra a importância de um sistema de saúde que seja inclusivo e sensível às diversidades culturais. Por fim, podemos dizer que os serviços prestados pela equipe de saúde do Hospital Geral de Barcelos têm demonstrado ser uma experiência bem-sucedida de inclusão e uma atenção diferenciada às populações indígenas.

Referências

Garnelo, L.. (2019). Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos De Saúde Pública, 35(12), e00220519. https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Município Barcelos Amazonas, 2022. https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=barcelos

ISA. Instituto Socioambiental. (2024). Povos Indígenas: Yanomami. Disponível: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Yanomami.

Macedo, V.. (2021). O CUIDADO E SUAS REDES doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. Revista Brasileira De Ciências Sociais, 36(106), e3610602. https://doi.org/10.1590/3610602/2021

Silva, B., & Rigon Dalla Nora, C.. (2021). Enfermagem e a atenção à saúde da população indígena brasileira: Scoping review. Enfermería: Cuidados Humanizados, 10(2), 112-123. Epub 01 de diciembre de 2021.https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2345

Saúde Digital e Telemedicina: quebrando paradigmas e reformulando caminhos

Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte
Gigellis Duque Vilaça
Cleinaldo de Almeida Costa
Jonas Tadeu Cau Sertorio
Cleudecir Siqueira Portela

Introdução

O capítulo mergulha na importância da saúde digital e da telemedicina no cenário brasileiro, com um olhar atento para a experiência do município de Barcelos, no coração da Amazônia. Exploramos os conceitos-chave de saúde digital, telessaúde e telemedicina, desvendando como essas ferramentas inovadoras estão transformando a prestação de cuidados de saúde. Analisamos a regulamentação da telemedicina no Brasil, que garante a segurança e a qualidade dos serviços oferecidos, e destacamos o papel crucial da telemedicina como ferramenta de cuidado à saúde, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso (Sabbatini, 2012).

Destacamos a recente criação da Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) e seu papel na formulação de políticas públicas para a saúde digital também são abordados, assim como o impacto da telemedicina no contexto amazônico, com foco na experiência de Barcelos. Ao longo deste capítulo, evidenciamos o potencial da saúde digital e da telemedicina para revolucionar o sistema de saúde brasileiro, democratizando o acesso à saúde e melhorando a qualidade de vida da população, com a experiência de Barcelos a ilustrar como a telemedicina pode superar barreiras geográficas e levar cuidados de saúde a comunidades isoladas.

A saúde digital representa uma revolução no modo como os cuidados em saúde são prestados e gerenciados, aproveitando o potencial das tecnologias da informação e comunicação (TIC) para aprimorar os sistemas de saúde em todas as suas dimensões. A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que saúde digital é o uso seguro, ético e eficaz dessas tecnologias para apoiar a saúde, abrangendo desde a prestação de serviços e vigilância em saúde até a pesquisa, educação e gestão de informações (OMS, 2019). O conceito vai além da simples aplicação tecnológica, pois promove uma transformação fundamental na maneira como os cuidados são oferecidos, melhorando a eficiência, a qualidade e o alcance dos serviços de saúde.

A adoção de tecnologias digitais inclui uma ampla variedade de ferramentas, como sistemas eletrônicos de registros de saúde, aplicativos móveis, plataformas de gestão de informações, inteligência artificial e dispositivos vestíveis, conhecidos como *wearables*. Esses recursos permitem o monitoramento em tempo real da saúde dos usuários, criando oportunidades para intervenções mais precisas e rápidas. A análise de grandes volumes de dados de saúde, facilitada por bancos de dados em nuvem e técnicas avançadas de ciência de dados, também impulsiona a personalização dos cuidados, resultando em um atendimento mais eficaz e centrado nas necessidades individuais de cada pessoa.

Um dos principais benefícios da saúde digital é sua capacidade de promover a personalização dos tratamentos. Dispositivos vestíveis e outras tecnologias de monitoramento contínuo coletam dados sobre a saúde do usuário em tempo real, o que pode ser utilizado para ajustar os cuidados de forma específica e personalizada. A inteligência artificial e o aprendizado de máquina são especialmente úteis nesse contexto, pois são capazes de identificar padrões de saúde e prever complicações antes mesmo que os sintomas apareçam, possibilitando intervenções mais precoces e eficazes. Dessa forma, a saúde digital não apenas melhora a eficiência dos tratamentos, mas também contribui para melhores desfechos clínicos (Medeiros, 2004).

A capacidade de armazenar e analisar grandes volumes de dados de saúde também promove avanços significativos na pesquisa e no desenvolvimento de novos tratamentos. Os bancos de dados em nuvem, por exemplo, possibilitam o acesso e a análise de informações em uma escala sem precedentes, facilitando estudos de longo prazo e ensaios clínicos com maior precisão. Além disso, essas tecnologias permitem uma colaboração mais estreita entre profissionais de saúde em diferentes regiões do mundo, promovendo o compartilhamento de conhecimento e a implementação de práticas inovadoras que podem beneficiar a saúde global.

Ao integrar todas essas tecnologias em uma infraestrutura de saúde digital robusta, cria-se um sistema de saúde mais acessível, eficiente e centrado no usuário. Essa transformação não apenas facilita o acesso aos cuidados de saúde, mas também melhora a qualidade do atendimento, especialmente para populações vulneráveis ou que vivem em áreas de difícil acesso (Duarte, 2023). A saúde digital tem o potencial de transformar completamente o cenário da saúde pública, proporcionando uma melhoria significativa nos resultados para os usuários e reduzindo as disparidades de acesso e qualidade dos cuidados de saúde.

Telessaúde e Telemedicina

A telessaúde e a telemedicina são componentes essenciais dentro do ecossistema da saúde digital, oferecendo soluções inovadoras para superar as barreiras geográficas e de infraestrutura que dificultam o acesso a cuidados de saúde de qualidade, especialmente em áreas remotas e entre populações negligenciadas. Telessaúde refere-se ao uso de TICs para fornecer serviços de saúde a distância, enquanto a telemedicina é uma subcategoria que envolve a prestação de cuidados médicos diretamente ao usuário, sem a necessidade de deslocamento físico. Essas tecnologias desempenham um papel crucial na democratização do acesso aos cuidados de saúde, garantindo que mesmo pessoas em locais remotos possam receber atendimento especializado e de alta qualidade.

O impacto da telessaúde e da telemedicina na saúde pública é notável, especialmente em regiões de difícil acesso ou com infraestrutura de saúde insuficiente. Em muitos países em desenvolvimento, onde a distribuição desigual de profissionais de saúde agrava o atendimento às populações rurais, a telemedicina surge como uma solução estratégica para conectar usuários e médicos especialistas. Por meio de consultas virtuais, usuários podem receber diagnósticos, orientações e acompanhamento sem a necessidade de viagens longas e custosas, o que também contribui para a redução das desigualdades regionais no acesso à saúde.

A telessaúde oferece uma oportunidade única de inclusão no sistema de saúde para populações negligenciadas, como comunidades indígenas, trabalhadores rurais e pessoas vivendo em condições de vulnerabilidade socioeconômica. Ao facilitar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, essas tecnologias ajudam a mitigar os impactos das disparidades sociais e econômicas, promovendo maior equidade no cuidado. Além disso, a telemedicina pode ser usada para fornecer cuidados de saúde mental, uma área frequentemente negligenciada em regiões onde o acesso a profissionais especializados é limitado. Isso pode ter um impacto positivo na redução de problemas relacionados à saúde mental, que muitas vezes são subdiagnosticados e subtratados em populações remotas.

Outro aspecto importante da telessaúde é seu potencial para ampliar programas de prevenção e monitoramento de doenças crônicas. usuários com doenças como diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, que requerem acompanhamento constante, podem ser monitorados remotamente por meio de dispositivos conectados, permitindo ajustes imediatos no tratamento e prevenindo complicações graves. Em termos de saúde pública, isso significa uma redução significativa na necessidade de hospitalizações e tratamentos emergenciais, aliviando a carga sobre o sistema de saúde e proporcionando melhor qualidade de vida para os usuários.

Em suma, a telessaúde e a telemedicina representam avanços cruciais na luta contra a desigualdade no acesso à saúde, especialmente para aqueles

que vivem em regiões remotas ou enfrentam barreiras socioeconômicas. Ao integrar essas tecnologias na estratégia de saúde pública, é possível melhorar o alcance e a eficiência dos serviços de saúde, promover uma abordagem mais centrada no usuário e garantir que cuidados de qualidade sejam acessíveis a todos, independentemente de sua localização ou condição social.

A Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde

Em 1º de janeiro de 2023, por meio do Decreto 11.358, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI). Esta secretaria foi criada com o objetivo de formular políticas públicas que orientem a gestão da saúde digital no país, promovendo a modernização e a eficiência dos serviços de saúde por meio do uso estratégico da tecnologia. A SEIDIGI tem a responsabilidade de apoiar as diversas Secretarias do MS, assim como gestores, trabalhadores e usuários do sistema, no planejamento, uso e incorporação de produtos e serviços de informação e tecnologia da informação e comunicação (TIC). Essas áreas abrangem telessaúde, infraestrutura de TIC, desenvolvimento de software, interoperabilidade, integração e proteção de dados, além da disseminação de informações.

A Secretaria também monitora o portfólio de tecnologias de saúde digital do MS, que inclui dicionários de dados, sistemas nacionais de informação em saúde, sistemas internos de gestão, tecnologias de telessaúde, padrões semânticos e tecnológicos, bem como diversas soluções de hardware e software. Além disso, a SEIDIGI coordena as políticas de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), promove a inovação em saúde digital e é responsável pela prospecção e incorporação de novas tecnologias digitais e telessaúde ao SUS.

Para cumprir sua missão, a SEIDIGI trabalha em estreita colaboração com instituições de pesquisa, universidades e empresas do setor de tecnologia, buscando constantemente inovações que possam ser aplicadas ao sistema de

saúde. A secretaria também promove a capacitação de profissionais de saúde, garantindo que eles estejam preparados para utilizar as novas tecnologias de maneira eficaz. Outro papel crucial da SEIDIGI é garantir a interoperabilidade entre os diversos sistemas de informação em saúde, permitindo uma comunicação eficiente e segura entre diferentes plataformas e entidades de saúde. Isso inclui o desenvolvimento e a manutenção de padrões semânticos e tecnológicos que assegurem a qualidade e a integridade dos dados de saúde.

A SEIDIGI também desempenha um papel vital na proteção de dados, implementando medidas robustas de segurança da informação para proteger a privacidade dos usuários e a confidencialidade dos dados de saúde. Este compromisso com a segurança é fundamental para manter a confiança do público nas soluções digitais de saúde. A estrutura organizacional da SEIDIGI é composta por três departamentos principais: o Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), o Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (DEMAS) e o Departamento de Saúde Digital e Inovação (DESD). Cada um desses departamentos desempenha um papel essencial na implementação e na gestão das políticas de saúde digital.

O DESD, em particular, foca em duas áreas principais: Inovação em Saúde Digital e Telessaúde. A Inovação em Saúde Digital busca integrar novas tecnologias e soluções inovadoras ao sistema de saúde, promovendo avanços contínuos que melhorem a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. Já a Telessaúde, área essencial no contexto do SUS, visa expandir o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em regiões remotas, através de tecnologias de comunicação que possibilitam consultas e diagnósticos a distância.

Telemedicina e sua regulamentação no Brasil

A telemedicina, como uma modalidade de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias digitais, ganhou um importante arcabouço normativo com a Resolução CFM Nº 2.314, de 20 de abril de 2022. A resolução

do Conselho Federal de Medicina (CFM) define a telemedicina como o exercício da medicina mediado por Tecnologias Digitais, de Informação e de Comunicação (TDIC), abrangendo assistência médica, educação, pesquisa, prevenção, gestão e promoção da saúde. Essa regulamentação visa garantir a qualidade dos serviços prestados por meio da telemedicina, assegurando o cumprimento de padrões éticos, legais e técnicos, especialmente em contextos em que o atendimento presencial é difícil ou inviável.

A resolução permite que a telemedicina seja realizada tanto de forma síncrona, ou seja, em tempo real, quanto de forma assíncrona, com a troca de informações ocorrendo em momentos diferentes. A utilização de dados e imagens dos usuários segue normas rigorosas de preservação da confidencialidade, veracidade e sigilo, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Além disso, é exigido que os registros dos atendimentos sejam realizados em sistemas de prontuário médico eletrônicos, assegurando a interoperabilidade e a segurança das informações.

Entre as modalidades de telemedicina regulamentadas estão a teleconsulta, teleinterconsulta, telediagnóstico, telecirurgia, telemonitoramento, teletriagem e teleconsultoria. A teleconsulta é definida como a consulta médica realizada a distância, entre médico e usuário, estando ambos em locais diferentes, sendo considerada uma alternativa complementar ao atendimento presencial. No entanto, a resolução enfatiza que, em casos de doenças crônicas ou que requerem acompanhamento prolongado, é necessária uma consulta presencial em intervalos de até 180 dias, reforçando o caráter complementar da teleconsulta e não sua substituição completa ao contato presencial.

Outro ponto importante da resolução é a autonomia do médico em decidir quando utilizar ou recusar o uso da telemedicina, sempre levando em consideração o melhor interesse do usuário e os princípios éticos de beneficência e não maleficência. O médico é o responsável por avaliar a necessidade de um atendimento presencial quando julgar que o formato a distância não oferece segurança adequada para o usuário. Nesse sentido, a

telemedicina se apresenta como uma ferramenta valiosa, mas seu uso deve ser equilibrado com a necessidade de manter a qualidade assistencial.

A regulamentação também destaca a importância do telemonitoramento, especialmente para usuários com doenças crônicas. Essa modalidade permite o acompanhamento remoto de parâmetros de saúde por meio de dispositivos que monitoram sinais vitais, como pressão arterial, níveis de glicose, entre outros, possibilitando intervenções precoces e prevenindo complicações. O telemonitoramento tem mostrado resultados positivos na redução de internações hospitalares e no controle de doenças, sobretudo em regiões onde o acesso a unidades de saúde é limitado.

A telemedicina, ao ser regulamentada de forma abrangente e segura, representa um avanço significativo no acesso à saúde, especialmente em populações negligenciadas e que vivem em áreas remotas. Para esses grupos, que muitas vezes enfrentam grandes desafios para acessar cuidados médicos de qualidade, a telemedicina oferece uma solução eficaz e imediata, garantindo que o direito à saúde seja respeitado e promovido. Essa modalidade de atendimento, aliada à infraestrutura digital em expansão, tem o potencial de reduzir as desigualdades de acesso à saúde no Brasil e, ao mesmo tempo, promover um sistema de saúde mais eficiente, moderno e inclusivo.

A Telemedicina como uma ferramenta de cuidado à saúde

A telemedicina emergiu como uma solução inovadora e eficaz no cuidado à saúde, utilizando tecnologias de comunicação para superar as limitações geográficas e ampliar o acesso a serviços médicos de qualidade. Esse modelo de atendimento permite que usuários e profissionais de saúde interajam de maneira remota, promovendo o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de condições de saúde sem a necessidade de deslocamentos. A telemedicina não apenas facilita o acesso a cuidados especializados em áreas remotas e de difícil acesso, mas também otimiza os recursos do sistema de saúde, reduzindo filas e custos operacionais. Ao integrar-se cada vez mais no cotidiano dos serviços

de saúde, a telemedicina desempenha um papel crucial no fortalecimento da atenção primária e na ampliação da cobertura assistencial em todo o país.

A pandemia da Covid-19 acelerou ainda mais essa tendência, expondo as fragilidades dos sistemas de saúde ao redor do mundo e aproximando-os de um possível colapso (Cosme, 2024; Fontoura *et al.*, 2021). A Organização Mundial da Saúde recomendou medidas como quarentena, isolamento e distanciamento social, o que impulsionou o uso de tecnologias da informação e comunicação para garantir a continuidade dos cuidados. Essas tecnologias já vinham sendo integradas à prática médica, alterando a forma como os fluxos de informação são processados e criando novas rotinas de trabalho para os profissionais de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, tem o potencial de se beneficiar enormemente dessas ferramentas, como a digitalização de prontuários médicos, o compartilhamento remoto de informações e diagnósticos, a emissão de laudos, o monitoramento remoto de usuários e até mesmo a realização de cirurgias assistidas por robôs, em que equipes médicas operam a distância (Santos, *et al.,* 2020).

Com tantos benefícios, não surpreende que o Brasil seja um dos pioneiros no uso dessas ferramentas, com a primeira iniciativa de telemedicina ocorrendo em 1995. Naquele ano, o Instituto do Coração (INCOR) criou a Telecardiologia, permitindo a análise de eletrocardiogramas realizados em diferentes regiões do país. Poucos anos depois, em 1998, a Universidade de São Paulo (USP) introduziu a telemedicina como disciplina, e, em 2000, ocorreu a primeira teleconsulta internacional, conectando Recife a Memphis, nos Estados Unidos (Wen, 2008). O Hospital Sírio Libanês, reconhecido por sua excelência, foi o primeiro no Brasil a estabelecer parcerias com centros internacionais, como o Memorial Sloan-Kettering Cancer Center em Nova York, para oferecer segunda opinião em casos de oncologia e realizar educação a distância (Medeiros & Wainer, 2004).

Desde 2006, o Hospital Sírio Libanês tem recebido investimentos do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais, com o objetivo de

fortalecer a atenção primária por meio de teleconsultorias, telediagnósticos e teleducação (Lopes *et al.,* 2019). Os resultados foram tão significativos que levaram à criação do Programa Telessaúde Brasil Redes. Esse programa estabeleceu como diretrizes fundamentais a superação de barreiras geográficas, socioeconômicas e culturais, a redução de filas e custos, e a diminuição da necessidade de deslocamentos desnecessários (Santos *et al.,* 2020). Embora o programa tenha sido formalizado em 2007, essas diretrizes continuam sendo essenciais para que o SUS possa cumprir plenamente sua missão, especialmente em regiões de difícil acesso, como é o caso de comunidades isoladas, como Barcelos.

A telemedicina, portanto, tem se mostrado uma poderosa ferramenta para ampliar o acesso à saúde e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, garantindo que populações em áreas remotas e negligenciadas possam ser incluídas no sistema de saúde com mais eficiência e menos barreiras.

Telemedicina e o contexto amazônico

A região Amazônica se distingue das demais regiões brasileiras pelo isolamento geográfico, a prevalência de doenças endêmicas e um ambiente dinâmico, sujeito a variações climáticas. Nessas condições, comunidades isoladas enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde, o que torna a telemedicina uma ferramenta promissora para atender às suas necessidades. No entanto, a conectividade precária, com áreas desprovidas de acesso à internet e outras com acesso instável, representa um obstáculo à implantação e ao uso efetivo da telemedicina. Essa dificuldade de comunicação, por sua vez, exige que muitos usuários percorram longas distâncias, por rios e estradas, para buscar atendimento médico, o que onera os cofres públicos com os custos de transporte e logística.

A vasta extensão da Amazônia, que abrange cerca de 59% do território brasileiro, e suas barreiras geográficas, com áreas de difícil acesso, historicamente dificultam a oferta de serviços assistenciais (Barreto, 2023). Nesse contexto, a telemedicina surge como uma ferramenta promissora para democratizar o acesso

à saúde, alcançando um número maior de pessoas e otimizando os custos para as redes públicas (De Paula, 2023). No Amazonas, em particular, as singularidades do território impõem desafios ainda maiores à garantia do acesso à saúde para a população mais remota. A ampliação dos serviços de telemedicina, portanto, tem contribuído não apenas para agilizar os atendimentos, mas também para melhorar a qualidade da assistência, transformando positivamente a qualificação profissional e a atenção prestada aos usuários.

Além da telemedicina, outras estratégias, como as unidades básicas de saúde móvel fluvial e as ambulanchas, ajudam a mitigar as desigualdades no acesso à saúde na Amazônia (De Medeiros *et al.,* 2020). A telemedicina, em particular, tem contribuído para reduzir encaminhamentos desnecessários a especialistas e otimizar a orientação de profissionais de saúde. Essa ferramenta tem impacto positivo não apenas no cuidado em si, mas também no fluxo do sistema público de saúde, fortalecendo a atenção primária, tornando-a mais resolutiva e integrando instituições de ensino e pesquisa (Dos Santos *et al.,* 2016; Belber, 2021).

A telessaúde tem se expandido tanto na capital quanto no interior do Amazonas, com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) desempenhando um papel fundamental nesse processo desde 2014. Por meio da Gerência Multidisciplinar de Telessaúde, a UFAM promove e oferece suporte para ações de teleconsultoria e teleassistência em diversas áreas da saúde, abrangendo tanto a promoção quanto o restabelecimento da saúde no estado. Além disso, a universidade fomenta atividades de teleducação em saúde, oferece suporte docente-assistencial a alunos da área da saúde em estágio, viabiliza conexões de videoconferência e telepresença, fornece suporte técnico aos usuários do sistema e presta consultoria técnica especializada em serviços de teleassistência (Araújo, 2021).

A expansão da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), por meio dos Grupos de Interesse Especial (SIG) do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV/UFAM), oferece suporte tecnológico para diversas atividades, como videoconferências, webconferências, telediagnóstico, palestras, aulas a

distância, chats para debates, fóruns e compartilhamento de arquivos, além da disponibilização de imagens de alta resolução e mídias eletrônicas (Araújo, 2021; Brasil, 2024). A RUTE também coordena a realização de congressos, seminários e palestras na área da telessaúde e contribui para a formulação de políticas públicas de telessaúde na região.

A Telestomaterapia, implementada em 2013 com o apoio do Polo de Telemedicina da Amazônia e do Programa Institucional de Extensão (PROGEX) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), e atualmente com o apoio da SOBEST® (Associação Brasileira de Estomaterapia), expandiu o acesso a teleatendimento, teleconsultoria e teleducação em estomaterapia para os 62 municípios e 8 comunidades indígenas do Amazonas (Pereira, 2023). Em pouco mais de dois anos, o programa atendeu a inúmeras solicitações de diversos municípios, com destaque para demandas relacionadas ao tratamento de feridas complexas, como o pé diabético e lesões ocasionadas por acidentes ofídicos, prevalentes na região.

Um estudo de teleconsultas realizado no Amazonas, utilizando o sistema de gestão de encaminhamento operado remotamente (RegulaSUS), avaliou a eficiência da telemedicina no encaminhamento da atenção primária para outros níveis de atenção (Junior *et al.*, 2024). Os resultados mostraram uma redução de 88,97% no número de casos após seis meses de implementação, no período de 2019 a 2020.

A falta de apoio de alguns gestores, a ausência de estratégias para incorporar a teleassistência nos processos de cuidado e a alta rotatividade de profissionais de saúde impactam a adesão às ferramentas ofertadas pelo Projeto de Telessaúde na Floresta, que conta com a parceria de diversas instituições para o desenvolvimento de atividades de apoio à Atenção Primária à Saúde (Sachett, 2022). Esse achado se reflete na realidade de alguns municípios do interior do Amazonas, que subutilizam o sinal disponível para teleconsultas e orientações, dificultando o atendimento às necessidades de saúde da população.

A Telemedicina da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) apresentou, em 2024, um equipamento portátil inovador que possibilita a

interação de dados e comunicação em tempo real, com acesso universal, integral e equânime à saúde para populações em áreas de difícil acesso no Amazonas (Cunha, 2024). O projeto piloto "Acessibilidade em saúde a partir da utilização do equipamento móvel de Telessaúde", desenvolvido pela Unidade de Desenvolvimento Docente e Apoio ao Ensino (Uddae/UEA), está em fase de testes e capacitação.

O projeto TelePNAR, que utiliza uma plataforma de telemonitoramento obstétrico, integra informações clínicas de equipes de atenção primária, atenção ambulatorial especializada, SAMU, hospitais de pequeno porte e maternidades de baixo e alto risco no Amazonas. Essa integração possibilita o acompanhamento de gestações de alto risco, visando reduzir a mortalidade e morbidade materna, fetal e neonatal. Desde 2023, o projeto, fruto da parceria entre UFAM, COSEMS-AM e Ministério da Saúde, conta com a adesão de 67,74% dos municípios, com oferta de serviços para 42 secretarias municipais de Saúde em todas as regiões do estado (COSEMS-AM, 2024).

A Telemedicina tem avançado no Amazonas, com 100% dos municípios do estado aderindo ao Programa SUS Digital em 2024. A primeira etapa do programa prevê a elaboração de Planos de Ação, com diagnóstico situacional da rede e da maturidade digital, o que facilitará o acesso à saúde no interior do estado (SES-AM, 2024).

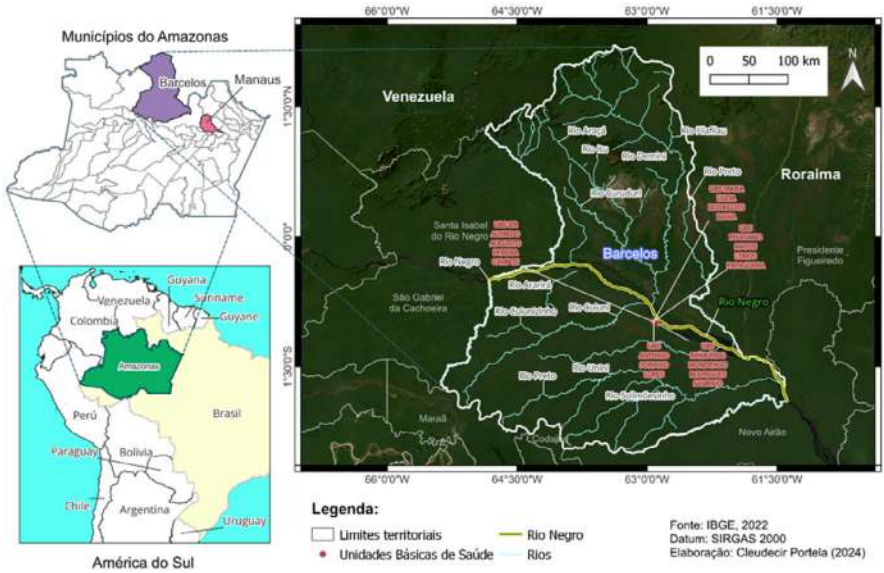
Telemedicina e Barcelos: uma experiência no interior do Amazonas

Barcelos foi a primeira capital do Amazonas, sendo transferida para Manaus no ano de 1856, isso pela dificuldade de acesso enfrentada pelas embarcações, como o único meio de transporte da época, para escoar produto e abastecer a cidade, diante dos constantes desafios enfrentados nos períodos de cheia e seca dos rios. O município fica a 400 km em linha reta de Manaus e está localizada à margem direita do Rio Negro (Figura 1). É o segundo maior município em área territorial do Brasil e tem o maior arquipélago fluvial do mundo, o arquipélago de Mariuá.

O Norte é uma das regiões mais afetadas pelo vazio assistencial no Brasil. Segundo a demografia médica realizada em 2020 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, enquanto o país tem razão média de 2,27 médicos por mil habitantes, a região Norte tem taxa de 1,30, 43% menor que a razão média nacional. Existe, ainda, uma distribuição desigual de médicos entre as capitais e os municípios do interior (Scheffer *et al.,* 2020; PROADI-SUS, s.d.).

Barcelos foi uma das cidades escolhidas em 2021 para receber o projeto TeleAMES, do Hospital Israelita Albert Einstein em parceria com o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES – AM) e a Secretaria Municipal de Saúde de Barcelos (SEMSA), que juntas tinham como objetivo fortalecer a assistência médica especializada em áreas com difícil acesso a esse serviço.

Figura 1. Localização do município de Barcelos, Amazonas.



Fonte: IBGE, 2022. Elaboração Cleudecir Portela, 2024.

O projeto foi desenhado para ofertar atendimento médico especializado em áreas com distanciamento geográfico e particularidades no deslocamento de usuários para consultas ambulatoriais, além de fornecer suporte aos médicos generalistas que atuavam nessas áreas mais distantes. Sendo o uso da ferramenta de baixo custo para o munícipio, necessitando apenas de acesso a uma boa rede de internet e o equipamento básico de informática (Computador, Webcam e caixa de som portátil), tornou-se de grande valia, fácil adesão e uma boa oportunidade para resolução de um dos desafios em saúde que o município apresentava.

O uso da telemedicina foi iniciado em Barcelos no mês de abril de 2021, seguindo ativo e em constante ampliação. Além de alcançar de forma positiva o usuário do SUS, o projeto também alcança os profissionais médicos com apoio técnico especializado, gerando educação continuada, atualização de condutas e troca de experiências baseadas nas características regionais.

Como primeiros passos necessários, fora realizado um levantamento dos encaminhamentos médicos já registrados na fila de espera do Sistema de Regulação do Estado (SISREG), nas 07 (sete) especialidades disponíveis inicialmente na plataforma. Esses usuários tiveram então seus encaminhamentos cadastrados na plataforma do teleAMES, que disponibilizava um site exclusivo com prontuário eletrônico e suporte para atendimento síncrono por vídeo.

Antes da chegada da telemedicina, o usuário que era encaminhado para consultas ambulatoriais com médicos especialistas, além de entrar na fila de espera do SISREG, precisavam se deslocar de barco, por um período de até 30 horas, até a capital do estado, para que a consulta presencial pudesse ocorrer, sendo essa a única opção válida até o momento, tendo em vista que o custo para manter um médico especialista no município tornava-se inviável.

Além da demora para as consultas serem agendadas e os desafios para o deslocamento dos usuários até Manaus, a maioria desses nunca havia saído do município, nem mesmo para a capital do estado. Ainda, contávamos com custos altos para manutenção deste usuário em Manaus, contando com necessidade de

logística para moradia, que na maioria das vezes precisava contar com a hospitalidade de parentes, os custos com deslocamento fluvial até Manaus e terrestre dentro da cidade, e os custos com alimentação e outras necessidades básicas.

É importante descrever que para além disso, o desafio tornava-se ainda maior quando o usuário encaminhado para consulta especializada se tratava de um ribeirinho, que além de não dispor de adequação e comodidade em Barcelos, enxergava Manaus como um desafio ainda maior, fazendo com que quase sempre, em casos de consultas ambulatoriais, houvesse desistência do seguimento e do tratamento proposto, dado os procedimentos que precisariam ser enfrentados a partir dali.

Os primeiros atendimentos via telemedicina aconteceram no Hospital Geral de Barcelos, pois era a única instituição de saúde que dispunha de conexão com a internet em fibra óptica. Os primeiros usuários oriundos da fila de espera do SISREG foram avisados pelas equipes de atenção básica, alguns deles já aguardavam consulta a mais de 02 (dois) anos. Em um primeiro momento, alguns deles não entendiam exatamente como aconteceriam as consultas, já que até mesmo o acesso à internet na cidade era difícil e quase sempre indisponível.

Inicialmente foram atendidos uma média de 20 (vinte) usuários por semana, com a expectativa de zerar a fila de espera cadastrada no SISREG. Em 01 (um) mês do sistema implantado, foram atendidos 64 (sessenta e quatro). Destes, 19 (dezenove) da cardiologia, 16 (dezesseis) da psiquiatria, 08 (oito) da endocrinologia, 06 (seis) da pneumologia, 06 (seis) da neuropediatria, 05 (cinco) da neurologia adulto e 04 (quatro) da reumatologia.

Com o sistema em pleno funcionamento, o projeto começou a ser divulgado entre os atendimentos da Atenção Básica (AB), sendo disponibilizado informações do funcionamento as equipes, que passaram a otimizar o recurso agora disponível em benefício do usuário. A primeira impressão tida pelos usuários de medo do novo foi substituída pela satisfação em ter um atendimento de qualidade, humanizado e que atendia as demandas e necessidades dos usuários da localidade.

Os novos rumos do atendimento médico especializado a partir da Telemedicina em Barcelos

O impacto na gestão em saúde apresentou-se de forma expressiva. Em 30 (trinta) dias do pleno funcionamento do projeto TeleAmes em Barcelos, os gastos com o translado de usuários para consultas ambulatoriais em Manaus tiveram uma economia de R$ 28.160,00 calculados com base no valor apenas das passagens via fluvial de ida e volta. Além disso, a comodidade e economia dos usuários ao serem atendidos com qualidade por um médico especialista no seu próprio município, evitando translado, gastos com locomoção e moradia, forneceu ao usuário um melhor conforto geral.

É plausível de registro o impacto gerado no apoio que os médicos da atenção básica receberam no contato direto com os médicos especialistas. O tom das consultas que acontecem no projeto sempre fora em caráter de colaboração e complementação ao diagnóstico ou investigação diagnóstica dos usuários, mantendo uma linha de educação permanente, com a possibilidade de troca de informações em tempo real, engrandecendo o serviço de atendimento de imediato e nas posteriores consultas a serem realizadas na UBS.

Anterior ao serviço de telemedicina em Barcelos, o serviço de apoio em saúde na capital, de manutenção necessária para receber os usuários que se deslocavam até Manaus, contava com estruturas maiores, que passaram por mudanças ao longo dos anos. O grande número de usuários que precisavam se deslocar até Manaus para realizar os mais diversos serviços de saúde, sempre com as barreiras de acesso e desafios de locomoção descritos anteriormente, foram tornando-se cada vez mais insustentáveis no que diz respeito a estruturas físicas de acomodações padronizadas, e investimentos financeiros necessários para manter as chamadas "casas de apoio".

Com a possibilidade de realização de consultas especializadas no próprio município, com a qualidade garantida através da telemedicina, o fluxo de translado até Manaus para solucionar problemas de saúde, diminuiu consideravelmente. Isso gerou impacto direto no serviço de apoio ofertado pela equipe de saúde em Manaus, que pôde direcionar os recursos e serviços para

casos que a telemedicina não alcançava até o momento. A maioria dos casos eram resolvidos sem precisar de nenhum complemento fora do domicílio, e os casos em que havia necessidade de complementação disponíveis apenas na capital, também se tornaram mais viáveis, tendo em vista que o tempo de estadia seria menor, com uma boa organização da equipe de saúde que compunha o Núcleo de Apoio em Saúde na capital.

Até novembro de 2023 já haviam sido realizadas mais de 1.000 consultas especializadas no município de Barcelos através da telemedicina. O projeto segue em expansão, ampliando em 2024 para 12 (doze) especialidades médicas atendidas pela mesma plataforma, assegurando a qualidade do serviço, com projeções reais de alcance de novas áreas médicas e mais populações que se enquadrem no escopo do projeto, visando sempre a melhoria da completude dos serviços de saúde ofertados nos municípios.

A telemedicina já não é mais uma ferramenta futurista, ela é o presente. E esse presente está mudando a vida da população do interior do Amazonas, ofertando um serviço seguro, resolutivo, complementar ao serviço já realizado pelas equipes presentes no território e com a seguridade de manutenção da humanização em todos os atendimentos.

Telemedicina: quebrando paradigmas e reformulando caminhos

É inegável que a telemedicina tem desempenhado um papel crucial na superação de barreiras historicamente intransponíveis, especialmente no que se refere à oferta de assistência especializada aos municípios do interior. Dentre suas inúmeras vantagens, destacam-se a agilidade e efetividade dos serviços, a otimização de recursos financeiros – um fator crítico na Região Amazônica –, a oferta de diagnósticos mais precisos e cuidados personalizados, priorizando as pessoas de alto risco, a descentralização da assistência e a consequente diminuição da demanda nos hospitais (Dos Santos *et al.,* 2016; Dos Santos, da Silva Gonçalves, Silva & Queiroz, 2022).

Ademais, a telemedicina possibilita levar atendimento especializado a regiões carentes e de difícil acesso, como é a realidade na maioria dos municípios do Amazonas, além de facilitar a troca de experiências entre profissionais e viabilizar o atendimento em áreas de conflito, como em áreas de garimpo. A ferramenta também se mostra promissora para atividades de educação continuada e para o acompanhamento domiciliar de usuário com doenças crônicas, proporcionando maior acesso, praticidade e agilidade aos atendimentos (Santos *et al.,* 2020).

Em suma, a telemedicina se configura como uma ferramenta poderosa e indispensável para o SUS, capaz de impulsionar um sistema de saúde mais próximo de quem realmente precisa, e de contribuir para a concretização dos princípios de acesso universal e integral à saúde.

Referências

Araújo, A., Rendeiro, M. M. P., & de Souza, J. (2021). Análise da evolução e estratégias de implementação da rede universitária de telemedicina no Estado do Amazonas. Brazilian Journal of Development, 7(1), 2849-2858.

Barreto J.P. (2023). Telessaúde busca reduzir mortalidade de indígenas no Médio Solimões, entrevista concedida a León L., Agência Brasil, Brasília, 29 de julho 2023. Recuperado em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/telessaude-busca-reduzirmortalidade-de-indigenas-no-medio-solimoes

Belber, G. S., dos Santos Passos, V. C., da Costa Borysow, I., & Maeyama, M. A. (2021). Contribuições do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na formação de recursos humanos na atenção básica. Brazilian Journal of Development, 7(1), 1198-1219.

Brasil. (2024). Hospital universitário de Manaus ganha núcleos de saúde digital e telessaúde. Ministério da Saúde. Recuperado em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/hospital-universitario-de-manaus-ganha-nucleos-de-saude-digital-e-telessaude

Cosme, Keven de Oliveira (2024). Panorama das ações de educação permanente em saúde mediadas pela telessaúde realizadas no período pré pandêmico e no período pandêmico da COVID-19 no Brasil./ Keven de Oliveira Cosme. Manaus: Universidade do Estado do Amazonas.

Cunha. Valcinei (2024). Equipamentos portáteis de telemedicina são testados por profissionais da saúde na UEA. Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Recuperado em: https://www.uea.edu.br/index.php/2024/08/06/equipamentos-portateis-de-telemedicina-sao-testados-por-profissionais-da-saude-na-uea/

COSEMS (2024). COSEMS-AM apoia o TELEPNAR – uma estratégia que salva vidas. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM). Recuperado em: https://cosemsam.org.br/cosems-am-apoia-o-telepnar-uma-estrategia-que-salva-vidas/

De Paula L. J. C. (2023). Os avanços da telemedicina no país e os impactos no sistema de saúde e educação. CNN Brasil. Recuperado em: //www.cnnbrasil.com.br/forum-opiniao/osavancos-da-telemedicina-no-pais-e-os-impactos-no-sistema-de-saude-e-educacao/

De Medeiros, M. S., Sacramento, D. S., Neta, I. S. S., de Queiroz, R. S. B., Barca, S., da Silva Augusto, L. G., ... & Costa, A. M. (2020). HEALTH CARE IN ENVIRONMENTAL CONSERVATION UNITS IN AMAZONAS: CONFLICT OF COMPETENCY OR RESPONSIBILITY ISSUE? Atenção à saúde nas unidades de conservação ambiental no Amazonas: conflitos de competência ou questão de responsabilidade? Revista Geonorte, 11(38), 35-51.

Dos Santos, A. D. F., de Souza, C., de Abreu, M. P., Costa, C., de Melo, M. D. C. B., Pereira, A. C., ... & Alves, H. J. (2016). Telehealth in the amazon region in latin america: an overview. Journal of the internacional society for telemedicine and ehealth.

Dos Santos, W. O. M., Da Silva Gonçalves, L. B., Silva, L., Itinose, A. C., & Queiroz, M. M. (2022). Projeto Telecárdio: Serviço de telediagnóstico no estado do Amazonas. Journal of Health Informatics, 14.

Duarte M. (2023). Ministério da saúde planeja levar telemedicina e cirurgias ao povo Yanomami. Jota Info. Recuperado em: https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/ministerio-da-saude-planeja-levar-telemedicina-e-cirurgias-ao-povo-yanomami

Fontoura, M. S., Pereira, M. M. A., de Moura Costa, C., Silva, C. C. M., & da Costa Veloso, R. (2021). Desafios da qualificação em saúde no contexto da pandemia da covid-19. Revista Baiana de Saúde Pública, 45(especial 2), 20-34.

Junior, R. L., Rutz, L. E. A. C., Gonçalves, P. C. Z., Dos Santos, E. A. A., Gonçalves, R. F., Nogueira, G. N., ... & Isolan, G. R. (2024). Eficiência da telemedicina no encaminhamento de atenção primária parasecundária e terciária em neurologia no Brasil. BioSCIENCE, 82(S1), e015-e015.

Lopes, M. A. C. Q., Oliveira, G. M. M. D., Ribeiro, A. L. P., Pinto, F. J., Rey, H. C. V., Zimerman, L. I., ... & Rezende, W. F. D. (2019). Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia–2019. Arquivos brasileiros de cardiologia, 113, 1006-1056.

Medeiros, R., & Wainer, J. (2004). Telemedicina: onde estão seus benefícios sócio-econômicos? Educação, 10(7), 3.

Medeiros, R., & Wainer, J. (2004). Telemedicina: onde estão seus benefícios sócio-econômicos? Educação, 10(7), 3. Recuperado em: http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/326.pdf

OMS (2019). Organização Mundial da Saúde. DRAFT: Global Strategy on Digital Health 2020-2024. (Projeto de estratégia global sobre saúde digital 2020-2024). Recuperado em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dh.pdf?sfvrsn=cd577e23_2

Pereira, V. D. C., Da Silva, E. M. G., Dantas, S. R. P. E., Jorge, S. A., Costa, M. G., Da Silva, L. M. A., ... & Rodrigues, P. M. D. A. (2023). Telestomaterapia: Recursos do Telessaúde Utilizados

como Ferramenta de Aprimoramento Profissional e Apoio às Pessoas com Feridas, Estomias e Incontinências. In Congresso Brasileiro de Estomaterapia. Recuperado em: https://anais.sobest.com.br/cbe/article/view/730

PROADI-SUS. (s.d.). PROADI-SUS fornece assistência médica especializada na região Norte do Brasil via telemedicina. Hospitais PROADI-SUS: Fortalecendo a saúde pública do país. Recuperado em: https://hospitais.proadi-sus.org.br/noticias/detalhe/proadi-sus-fornece-assistencia-medica-especializada-na-regiao-norte-do-brasil-via-telemedicina.

Sabbatini, R. M. (2012). A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas. CAETANO, KC; MALAGUTTI, W. Informática em Saúde: uma perspectiva multiprofissional dos usos e possibilidades, 1-16.

Sachett, J. D. A. G., Gonçalves, I. C. D. M., & Santos, W. O. M. D. (2022). Experience report of the contributions of telehealth in riverside communities of Amazonas in the pandemic. Revista Brasileira de Enfermagem, 75, e20210820.

Santos, W. S., De Sousa Júnior, J. H., Soares, J. C., & Raasch, M. (2020). Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: oportunidade ou ameaça?. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 9(3), 433-453.

Scheffer, M., Guerra, A., Cassenote, A., Guilloux, A. G. A., Brandão, A. P. D., Miotto, B. A., ... & Miotto, R. A. (2020). Demografia médica no Brasil-2020. In Demografia Médica no Brasil-2020 (pp. 312-312).

SES-AM (2024). SES-AM é destaque no Ministério da Saúde pela adesão de todos os municípios do Amazonas ao SUS Digital. Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas. Recuperado em: https://www.saude.am.gov.br/ses-am-e-destaque-no-ministerio-da-saude-pela-adesao-de-todos-os-municipios-do-amazonas-ao-sus-digital/

Wen, C. L. (2008). Telemedicina e Telessaúde: um panorama no Brasil. Informática Pública, 10(2), 7-15. Recuperado em: http://www.pbh.gov.br/informaticapublica/ANO10_N2_PDF/telemedicina_telesaude.pdf

Atendimento domiciliar: cuidado que transcende as adversidades nas enchentes em território amazônico

Anna Beatriz Chagas Freitas
Daniel Bezerra Arruda
Lourena da Silva Camurça
Silvio Schimangogeski

Entre os rios Purus e Acre,
Boiam saudades da terra amada.
A memória mergulha no rebojo,
Imerge no fundo do rio...
Um remanso chega e lhe acalma.
As lembranças da infância afloram.
Os rios Purus e Acre refletem vidas,
As letras boiam no encontro das águas,
Formando "Boca do Acre" a terra natal,
Boca do Acre meu território de saudades,
Hoje sou canoa ancorada, um barco sem quilha,
A vida vai descendo de barranco abaixo...
Eu serei um eterno viajante nos teus rios.[3]

Introdução

A pequena cidade de Boca do Acre, situada no sul do Amazonas, tem uma população estimada de 35.447 habitantes (IBGE, 2022). Localizada às margens dos rios Acre e Purus, a cidade é historicamente marcada pela ocupação das etnias indígenas Capanas e Aripuanãs. Em 1878, o Comendador João Gabriel de Carvalho e Melo ancorou nas proximidades da confluência dos rios, com o objetivo de explorar a borracha, o que atraiu muitos nordestinos

3 Marilza de Melo Foucher escreveu, em março de 2009, o poema dedicado ao pai, o escritor centenário Mário Diogo de Melo, transcrito pela coluna Taquiprati. (https://taquiprati.com.br/cronica/1354-adeus-a--mario-diogo--a-historia-do-acre

para a região. Essa migração culminou na formação do "Distrito de Boca do Acre", nome que se originou da localização na foz do Rio Acre no Rio Purus, facilitando a navegação e o escoamento de produtos (IBGE (2023).

Atualmente, a economia de Boca do Acre é predominantemente baseada na pecuária; no entanto, a agricultura ribeirinha também desempenha um papel fundamental, sendo diretamente influenciada pelos ciclos das águas. Entre as principais culturas estão a melancia, a banana e a macaxeira, que impactam diretamente a alimentação dos ribeirinhos. Além disso, a farinha de mandioca e o peixe assado são alimentos essenciais na dieta local, constituindo uma importante fonte de sustento para muitas famílias (IBGE, 2023).

O "Encontro das Águas" dos rios Purus e Acre, retratado em sua bandeira, oferece um espetáculo natural deslumbrante, especialmente ao pôr do sol. Este cenário é também o palco do famoso Festival de Praia, onde moradores e turistas se reúnem para se divertir às margens dos rios. Contudo, essa atividade tradicional às vezes entra em conflito com a fauna local, em particular com os botos-cor-de-rosa, que se aproveitam das redes de pesca para capturar os peixes presos. Esse comportamento gera um conflito entre os botos e os pescadores, pois os animais frequentemente rasgam as redes, resultando em perda de peixes, uma fonte vital de alimento e renda para as famílias ribeirinhas. Além do impacto econômico, esse conflito também resulta na matança dos botos, uma espécie já ameaçada de extinção, acentuando ainda mais os desafios ambientais da região.

A localização geográfica de Boca do Acre também contribui para suas particularidades. A cidade encontra-se a 1.554,5 km de Manaus, capital do estado do Amazonas, com trechos de difícil acesso. A viagem até a capital pode levar até 3 dias por via terrestre, 5 dias por via fluvial (quando o volume das águas está elevado) e até 7 dias durante o período de estiagem. Por outro lado, a capital do Acre, Rio Branco, está a 220 km de distância, o que facilita o acesso e o apoio em diversos setores, incluindo a saúde, com uma viagem de aproximadamente 3 horas de carro.

Diante desse panorama, a complexa dinâmica territorial, onde o isolamento e as dificuldades de acesso predominam, traz à tona a resiliência e a adaptabilidade dos bocacrenses. Essa comunidade enfrenta desafios impostos pelos ciclos das águas e as recorrentes enchentes, que não apenas impactam a economia e o modo de vida, mas também exigem uma reorganização constante das estratégias de cuidado em saúde, especialmente para as comunidades ribeirinhas e áreas mais vulneráveis. Essas populações, que muitas vezes dependem dos rios como principal via de acesso aos serviços de saúde, representam um segmento vulnerável que exige uma atenção especial e dedicada. O cuidado da saúde dos ribeirinhos, em particular, é uma missão que nos impulsiona e a compartilhara essas vivências. Assim, contamos um pouco dessa história, a partir de um trabalho coletivo, de profissionais que fazem a diferença nesse território.

A motivação para a formação em medicina é a dedicação e o compromisso com o cuidado das pessoas que vivem na Amazônia, especialmente nos territórios líquidos e entre as populações ribeirinhas, nasce de uma conexão profunda com a terra onde nasci e cresci.

O conceito de "território líquido" reflete a realidade dinâmica e fluida da região, onde o ciclo das cheias e vazantes molda não apenas a paisagem, mas também a vida cotidiana das comunidades ribeirinhas. As cheias transformam o território em um espaço temporariamente alagado, exigindo soluções inovadoras e rápidas para atender às necessidades emergentes da população. Segundo Schweickardt, Lima, Alves, Simoes & Freitas (2016),

> (...) território líquido, entendemos que, enquanto agenciador dos encontros e energias das relações ribeirinhas, o espaço é considerado o meio e o modelador das práticas de atenção à saúde na Amazônia. Compreendemos ainda que o território amazônico é um lugar vivo, dinâmico, repleto de atores sociais com interesses diversificados (ribeirinhos, quilombolas, indígenas, seringueiros, garimpeiros, empresários, agricultores, pecuaristas e outros), regido pelo tempo diferente, singular e único e pelos ritmos dos banzeiros dos rios.

> A água comanda a vida nesse território, e os pacientes e equipe de saúde são entes integrantes e transeuntes do território.

Trazemos o relato da médica, autora deste texto, que se formou na UDABOL-Bolívia), mulher negra, amazônida, nasci em Rio Branco - capital do Acre, "acreana do pé-racho" (denominação dada a pessoas que nascem no Acre), bisneta de seringueiros - meus bisavôs paternos e maternos migraram do nordeste brasileiro (Ceará e Pernambuco) para o Acre durante o ciclo da borracha em busca do "ouro branco".

A decisão de seguir a medicina foi impulsionada pelo desejo de retribuir à minha comunidade e região, oferecendo cuidados que considerem as particularidades culturais, sociais e geográficas do lugar que moldou a minha identidade. A Amazônia, com sua vasta e complexa teia de rios, florestas e comunidades, não é apenas um cenário, mas a essência do que sou. Crescer em meio à natureza exuberante e às comunidades ribeirinhas proporcionou uma compreensão íntima das dificuldades e riquezas deste território.

Durante o período das enchentes, a atuação na Unidade Básica de Saíde (UBS) Francisca Amélia no município de Boca do Acre, como parte do Programa Mais Médicos para o Brasil, reflete um compromisso ético e profissional de enfrentar as desigualdades estruturais que historicamente deixaram muitas dessas comunidades à margem do sistema de saúde. A complexidade do território líquido, onde barreiras geográficas e culturais exigem abordagens inovadoras e adaptativas, motiva-me a aplicar e expandir meus conhecimentos em saúde da comunidade, desenvolvendo soluções que respeitem e integrem os saberes locais.

Por fim, a abordagem no atendimento domiciliar e a mobilização rápida das equipes de saúde durante os períodos de enchente demonstram a necessidade de estratégias inovadoras para atender uma população que vive no que se conhece como "território líquido". Neste contexto, busca-se fazer uma "adaptação" às particularidades locais pode ser um diferencial no atendimento

de saúde, transcendendo as barreiras naturais e promovendo um cuidado integral, atento às necessidades específicas das populações amazônicas.

Dessa forma, a proposta deste relato é destacar a experiência dessa adaptação dos serviços de saúde em Boca do Acre no enfrentamento das adversidades impostas pelo ciclo das águas. Buscamos, assim, refletir sobre as práticas e estratégias que tornam o cuidado efetivo e inclusivo em regiões de alta vulnerabilidade e complexidade territorial.

Francisca Amélia e o "atendimento domiciliar, em meio às enchentes"

Os rios apresentam cheias recorrentes, com predomínio no primeiro trimestre do ano, atingindo a cota de transbordamento no mês de março, em que o nível dos rios atingiu a marca 19,98 metros, ou seja, mais de um metro acima do normal para o período, conforme descrito na reportagem do G1 Amazonas intitulada "*Boca do Acre decreta situação de emergência após cheia dos rios Acre e Purus no interior do AM*" (G1 AM, 2024).

É ao mesmo tempo incrível e assustador observar como os bocacrenses se adaptaram ao verdadeiro território líquido formado pelo exuberante encontro dos rios Acre e Purus. Apesar de muitos estarem sempre "preparados" para as enchentes, com palafitas erguidas acima do nível mais alto já registrado, ainda existem famílias que não estão prontas para a rapidez dessas inundações, algumas até demonstram incredulidade ou resistência diante da situação. Destaca-se ainda a vulnerabilidade acerca das doenças de veiculação hídrica (DVH) são um dos principais desafios de saúde pública, especialmente em regiões vulneráveis como Boca do Acre, onde a realidade das cheias dos rios Acre e Purus agrava ainda mais o cenário. Essas enfermidades são causadas pela ingestão de água contaminada por patógenos, que incluem bactérias, vírus e protozoários. A contaminação da água está frequentemente ligada à falta de saneamento básico e à poluição ambiental (Guimarães *et al.*, 2013).

Conforme destacado por Heller (2018), o acesso inadequado a sistemas de saneamento é um fator crítico que contribui para a alta incidência de doenças diarreicas, uma das formas mais comuns de DVH. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Francisca Amélia, localizada no bairro Praia do Gado e responsável por uma população cadastrada de 7.439 habitantes, conta com duas equipes de saúde da família. Durante o período de cheia, cerca de 80% da área adscrita foi afetada, impactando aproximadamente 6.200 pessoas, de acordo com dados da Defesa Civil municipal. Por estar situada em um terreno mais elevado, nossa unidade acabou ficando isolada, ilhada pelas águas. Essa realidade sublinha a necessidade urgente de intervenções eficazes em saneamento e saúde.

Ao realizar a territorialização e os atendimentos domiciliares, compreendemos a profundidade dos desafios enfrentados pela população local. Em colaboração a equipe implementou ações para promoção e prevenção dos principais agravos de saúde durante as transições sazonais, do verão para o inverno. A humanização no atendimento à saúde é um princípio fundamental que se torna ainda mais relevante em momentos de crise. A empatia e respeito entre profissionais e usuários. Scorsolini-Comin (2022) argumenta que, em situações críticas, a comunicação efetiva e o apoio emocional são indispensáveis.

A abordagem, que humanização no atendimento não se restringe a aspectos técnicos, mas envolve uma relação de prioriza o cuidado integral e a dignidade do usuário, é essencial para suavizar os impactos emocionais e sociais das adversidades enfrentadas. De acordo com Malta *et al.* (2018), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enfatiza a importância de uma visão intersetorial que aborde os determinantes sociais da saúde, promovendo qualidade de vida e bem-estar.

Com a chegada das cheias dos rios, nossa prioridade foi prestar assistência às comunidades afetadas. A Equipe de Saúde da Família Francisca Amélia, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, reorganizou seu funcionamento para fornecer cuidados de saúde prioritários. Adotamos

uma abordagem integral para reduzir os impactos da crise, assegurando cuidados adequados e promovendo a conscientização para prevenir problemas futuros.

A escassez de recursos e a pressão sobre o sistema de saúde podem levar a um atendimento mais mecanizado, menos sensível às necessidades dos usuários (Souza *et al.,* 2023). Considerando que muitos dos nossos colegas de trabalho também tiveram suas casas alagadas e visando reduzir o contato com as águas contaminadas, reorganizamos nossa escala semanal. Cada colaborador deveria comparecer apenas um dia por semana, em turno completo, recebendo insumos essenciais como botas de borracha, alimentação e transporte.

Para isso, foi necessário identificar os profissionais que estavam disponíveis em cada área, incluindo recepcionistas, auxiliares administrativos e de limpeza, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Endemias (ACE), técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos em saúde bucal, psicólogos, técnicos de vacinação, enfermeiros e médicos. Assim, com o consenso da equipe, formulamos a estratégia de dividir os pontos de apoio, o que ajudou a reduzir o risco e a demora no atendimento. As equipes foram alocadas em três pontos de atendimento:

- **UBS Fluvial:** uma médica, um técnico de enfermagem e um técnico de vacinação.
- **UBS Francisca Amélia:** um recepcionista, um auxiliar de limpeza, um dentista, um técnico em saúde bucal, a equipe de enfermagem e uma médica.
- **Equipe móvel para atendimento domiciliar:** um enfermeiro, um barqueiro e um ACS. Quando necessário, era acionado o apoio da equipe da UBS.

Nesse contexto, o atendimento domiciliar emergiu como uma estratégia essencial para garantir o acesso contínuo aos serviços de saúde, reduzindo os impactos das enchentes sobre a população. Com os pontos e horários de atendimento definidos e a escala de colaboradores montada,

iniciamos o processo de comunicação com a equipe e os usuários. Utilizamos as redes sociais para divulgar os locais, horários e equipes disponíveis.

O trabalho conjunto entre os ACS e ACE, juntamente com a equipe de enfermagem, envolveu uma triagem para identificar situações de vulnerabilidade e suas necessidades. Em parceria com a Secretaria da Defesa Civil, realizamos o cadastramento das pessoas afetadas, visando fornecer alimentos e água mineral para a população vulnerável. Algumas pessoas recusaram deixar suas casas, seja por falta de familiares próximos ou resistência a ir para abrigos. Identificamos usuários em situação de vulnerabilidade e intervenções básicas, como um simples abraço ou uma conversa, foram algumas das formas de apoio.

Após identificar as necessidades dos usuários, a equipe móvel se deslocava até as residências afetadas. Mesmo com um barco disponível para o transporte, a alta demanda frequentemente exigia o uso de canoas emprestadas. A equipe, composta por ACS, um enfermeiro e um médico, transportava consigo medicações essenciais e outros suprimentos necessários para garantir o atendimento adequado. Essa estratégia de mobilização rápida é uma resposta vital às particularidades do "território líquido" de Boca do Acre, onde a constante transformação das paisagens inundadas exige uma abordagem flexível e adaptativa.

Ver a equipe empenhada em realizar os atendimentos, mesmo diante de todas as dificuldades de acesso, alguns com suas próprias casas atingidas pelas águas, trouxe ânimo e coragem para enfrentar as adversidades. Conectados à fluidez da humanização, os profissionais atravessavam barreiras físicas e emocionais para garantir o cuidado necessário.

Figura 1. Transporte de idosa para atendimento na unidade hospitalar.

Fonte: SEMSA Boca do Acre, 2024.

A cada atendimento, uma palavra de conforto, um abraço, o abastecimento de água, comida e carinho ajudavam a contornar a tristeza de ver os usuários, pessoas com quem criamos vínculos, conhecemos as realidades, fraquezas e fortalezas, com suas casas devastadas. Novos laços foram criados ao atracarmos as canoas nas escadas ou portas dessas residências, levando atendimentos que iam além das necessidades físicas.

Com sorrisos no rosto, mas corações despedaçados, não medimos esforços: dentro d'água, com remos improvisados, ACS e enfermeiros transformaram-se em barqueiros, navegando entre ruas e vielas, "escutando o silêncio" - um silêncio que não era "normal", já que, durante nossa rotina de visitas domiciliares nos dias que antecederam a enchente, as casas e comércios estavam cheios de vida, com músicas e televisões ligadas. Para aliviar o longo silêncio, a equipe se unia em conversas descontraídas e fazia registros sempre que possível.

Figura 2. Equipe Multidisciplinar no Atendimento domiciliar.

Fonte: SEMSA Boca do Acre, 2024.

O atendimento domiciliar no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das formas mais eficazes de promover a saúde, especialmente em situações de vulnerabilidade social, como as ocasionadas por enchentes. A ESF, ao integrar ações de saúde e assistência social, aproxima o profissional de saúde da comunidade, permitindo um atendimento mais integral e preventivo. Contudo, esse modelo de atenção exige adaptações durante emergências, como inundações, para garantir a continuidade do cuidado.

Durante as enchentes, a mobilização das equipes da ESF torna-se crucial, uma vez que muitos serviços de saúde convencionais, como postos de saúde, podem ser inacessíveis devido ao alagamento das áreas. Segundo Souza *et al.* (2021), a estratégia de atenção domiciliar contribui diretamente para a continuidade da assistência e minimização dos impactos sanitários em comunidades afetadas por desastres naturais. A atenção domiciliar é especialmente relevante na Amazônia, onde a geografia complexa e a infraestrutura limitada dificultam o acesso a serviços de saúde convencionais (Melo & Almeida, 2019).

Além disso, o acompanhamento domiciliar permite que profissionais de saúde monitorem condições crônicas, como hipertensão e diabetes, e assegurem o acesso a medicamentos e cuidados específicos. A atenção domiciliar foi um pilar fundamental para assegurar o acesso ao cuidado, minimizando os deslocamentos da população vulnerável e reduzindo o contato com águas contaminadas. O atendimento domiciliar nestas condições visa não apenas oferecer suporte físico e psicológico, mas também prevenir doenças de veiculação hídrica, como diarreias, hepatite A e leptospirose, que tendem a aumentar em contextos de enchentes (Santos, 2020).

Ademais, o atendimento domiciliar favorece a detecção precoce de agravos relacionados ao ambiente, como doenças respiratórias, diarreicas e dermatológicas, que frequentemente se agravam em situações de enchentes. A presença das equipes da ESF também facilita o encaminhamento para unidades de saúde de referência quando necessário. De acordo com Silva e Santos (2022), os profissionais da ESF devem ser capacitados para identificar os riscos e implementar protocolos de atendimento adaptados a contextos de emergência, promovendo um cuidado mais seguro e eficiente.

Outro ponto importante é o vínculo de confiança que é estabelecido entre a equipe de saúde e a comunidade. Em emergências, como as provocadas pelas enchentes, esse vínculo se torna ainda mais relevante, pois facilita o processo de orientação e a adesão das famílias a medidas preventivas, como o uso de água potável e o controle de mosquitos. Segundo Lima *et al.* (2023), a ação do ACS no acompanhamento domiciliar tem se mostrado fundamental na construção de estratégias de resposta rápidas e eficazes em situações de crise.

Para garantir a humanização do atendimento, a equipe da UBS fez um cuidado com empatia e solidariedade, oferecendo uma atenção que transcende o físico e acolhendo emocionalmente as pessoas em momentos de vulnerabilidade. A humanização é essencial na prática da saúde, especialmente em contextos de crise, pois fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, promovendo uma confiança que é crucial para o sucesso das intervenções (Merhy, 2019). De

acordo com Santos Almeida & Silva (2021), a presença de profissionais da saúde nos domicílios das famílias, mesmo em condições adversas, reforça a relevância do SUS na garantia do direito universal à saúde.

Em síntese, o atendimento domiciliar na ESF, especialmente em situações de enchentes, representa uma estratégia de saúde pública essencial para garantir a continuidade dos cuidados e a proteção da saúde das populações afetadas. A adaptação das práticas e a capacitação das equipes para atuar em contextos emergenciais são determinantes para a efetividade da resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) em desastres naturais.

Assim, o atendimento domiciliar durante as enchentes em Boca do Acre evidencia que o cuidado em saúde deve ser sensível e adaptável às necessidades emergentes, respeitando as especificidades culturais e ambientais do território amazônico. A experiência mostra que estratégias de cuidado humanizado e integrador são fundamentais para diminuir os impactos das enchentes na saúde, prevenindo a disseminação de doenças e fortalecendo o vínculo com a comunidade, em consonância com os princípios do SUS e a promoção da cidadania.

Durante o período da enchente, em março de 2024, foram realizados 359 atendimentos pela equipe de saúde da família, sendo 136 deles atendimentos domiciliares. Desses, 11 foram casos de urgência, incluindo 6 idosos, 2 crianças e 3 adultos. Os principais problemas de saúde identificados foram pneumonia, asma grave, dengue, crise hipertensiva, síncope, diarreia e desidratação. Garantimos tratamento oportuno e acompanhamento adequado, resultando em uma redução significativa de encaminhamentos para serviços de referência, com apenas dois casos de urgência hospitalar e nenhum óbito registrado, demonstrando a eficácia dessa abordagem estratégica.

O conceito de "território líquido" descreve a Amazônia como uma região de alta complexidade, onde as interações entre o visível e o invisível, o conhecido e o desconhecido, moldam o cotidiano do sistema de saúde. Essa complexidade exige que os profissionais de saúde e os programas, como o Mais Médicos, se adaptem a essas particularidades (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021).

A equipe se movia com a fluidez da correnteza, ajustando-se conforme as necessidades surgiam, traçando novos horizontes a cada desafio enfrentado. Essa experiência nos levou a refletir sobre a importância de um olhar mais atento e específico para esse território líquido. O ciclo das águas se repete há gerações, e, embora as estratégias tenham sido vivenciadas por equipes anteriores, muitas vezes careciam de alinhamento e organização.

Esses resultados indicam que o cuidado de saúde na Amazônia, especialmente no contexto do território líquido, requer abordagens adaptativas e integrativas, que considerem as complexidades sociais e ambientais únicas da região. As lacunas na literatura parecem estar relacionadas à necessidade de mais estudos sobre como adaptar políticas de saúde a essas condições específicas e como melhorar a eficácia dessas políticas em contextos territoriais tão diversos e desafiadores.

A prática do cuidado transcendeu as atividades do cotidiano do trabalho em saúde, pois havia a necessidade responder à situação climática que atingiu os moradores de Boca do Acre. Assim, temos a responsabilidade de planejar as ações para os próximos ciclos climáticas, que abalam o município e o mundo pelo impacto das mudanças climáticas.

Referências

G1 Amazonas. (2024, 08 de março). Boca do Acre decreta situação de emergência após cheia dos rios Acre e Purus no interior do AM. Recuperado de: https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2024/03/08/boca-do-acre-decreta-situacao-de-emergencia-apos-cheia-dos-rios-acre-e-purus-no-interior-do-am.ghtml

Guimarães, R. M., Asmus, C. I. R. F., Oliveira, S. A., & Mazoto, M. L. (2013). Acesso ao saneamento básico e a internação por doença diarreica aguda: um estudo da vulnerabilidade infantil. Revista de Salud Ambiental, 13(1), 22-29.

Heller, L. (2018). Saneamento e saúde. Cadernos de Saúde Pública, 34(1), e00017316.

IBGE (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/boca-do-acre.html. Acessado em: 26 de março de 2025.

IBGE (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Histórico de Boca do Acre. Recuperado de https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/boca-do-acre/historico

Lima, L. et al. "O papel do agente comunitário de saúde na resposta a desastres naturais". Saúde & Sociedade, 2023.

Malta, D. C., Morais Neto, O. L., Silva, M. M. A., Rocha, D., Castro, A. M., Reis, A. A. C., & Akerman, M. (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde: capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6), 1683-1694. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018

Melo, R. M., & Almeida, T. (2019). Enfrentamento de Doenças de Veiculação Hídrica na Amazônia: Desafios e Estratégias. Cadernos de Saúde Pública, 35(3), e00012319.

Merhy, E. E. (2019). O SUS e a produção de atos de cuidado em defesa da vida. Saúde em Debate, 43(spe7), 18-26.

Santos, M. A., Almeida, R. M. & Silva, L. C. (2021). Atendimento domiciliar e o SUS: uma abordagem sobre a humanização em situações emergenciais. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 26(3), 123-130.

Santos, A. D. (2020). Doenças de veiculação hídrica no contexto das enchentes no Brasil. Revista de Saúde Pública, 54, 47.

Scorsolini-Comin, F. (2022). A re-humanização. Revista da SPAGESP, 23(1), 1-10. https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n1a1

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S. & Ferla, A. A. (Orgs.). (2021). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes (Série Saúde & Amazônia). (Vol. 16,). Porto Alegre, RS: Rede Unida.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Alves, V. P.; Simoes, A. L.; Freitas, C. M. (2016). Território na Atenção Básica: uma abordagem da Amazônia equidistante. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio Wottrich; Lucenira Luciane Kessler. (Org.). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 101-132.

Silva, J. & Santos, R. "Gestão de emergências e saúde pública: o papel da ESF em áreas alagadas". Cadernos de Saúde Coletiva, 2022.

Souza, L. E. P. F. de, Paim, J. S., Teixeira, C. F., Bahia, L., Guimarães, R., Almeida-Filho, N. de, Machado, C. V., Campos, G. W. de, & Azevedo-e-Silva, G. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 24(8), 2783-2792. https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.3446

Souza, E. et al. "Atenção domiciliar na estratégia saúde da família durante desastres naturais: um estudo de caso". Revista Brasileira de Saúde Pública, 2021.

Acompanhamento de usuários com feridas na Atenção Primária em Saúde no município de Carauari-AM

Everton Martins Honorato
Khylvia Nascimento da Costa
Alcinda Santiago da Rocha
Raylan Nascimento da Silva
Tâmela Bruna Viana de Medeiros
Lupuna Corrêa de Souza
Liliam Rafaelle Souza da Silva

Introdução

O município de Carauari faz parte dos 62 municípios do estado do Amazonas e está situado na calha do Rio Juruá, que se caracteriza por suas curvas sinuosas, tornando o deslocamento fluvial altamente perigoso. Carauari está a aproximadamente a 787 km em linha reta da capital do estado, mas o acesso é feito pelas curvas do Rio Juruá, aumentando consideravelmente o tempo da viagem. A distância e o tempo tornam a viagem de quatro dias em embarcações convencionais, e 36 horas em lanchas rápidas. Outra opção para chegar ao município, são as linhas áreas de aviões de pequeno porte com voos de duas horas e meia de duração, porém, além de não ter o serviço disponível diariamente, também não é um meio de transporte financeiramente viável para toda a população.

O município de Carauari possui aproximadamente uma população de 29.176 habitantes conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, com uma cobertura de 100% da Atenção Primaria à Saúde (APS) com seis Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) Convencional e uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) distribuídas de forma homogênea, garantindo a área de cobertura de abrangência definida dentro do território a oferta dos serviços a toda população.

Com uma extensão territorial de 25.767,348km² e uma densidade demográfica de 1,1hab/km², o município ainda possui uma equipe da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) para garantir a oferta dos serviços de saúde aos munícipes que residem em localidades mais distantes dentro do imenso território líquido existente na sua área geográfica.

Considerando as barreiras geográficas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidades, que estão disponíveis apenas na capital do estado, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) tem como objetivo a expansão dos serviços de APS. Essa expansão visa garantir um cuidado integral à saúde da população, com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, reduzindo assim a necessidade de encaminhamentos e a demanda por serviços de saúde em Manaus.

Entre esses serviços, foi identificado muitos casos de usuários com feridas de difícil cicatrização, principalmente devido à busca tardia por tratamento, resultando, frequentemente, no encaminhamento desses para a capital. No caso de usuários com doenças crônicas que apresentam feridas, a solução, muitas vezes, é a amputação do membro afetado, o que pode causar não apenas sequelas físicas, mas também psicológicas.

As feridas representam uma questão de saúde pública no Brasil, afetando aproximadamente cinco milhões de pessoas (Andrade & Santos, 2016). Essas lesões não apenas comprometem a qualidade de vida dos indivíduos, mas também sobrecarregam o sistema de saúde devido ao tratamento prolongado e à necessidade de cuidados especializados. Os custos diretos associados ao tratamento dessas lesões têm aumentado significativamente, em grande parte devido à baixa resolutividade dos casos, o que resulta em feridas abertas por períodos prolongados, tornando-as crônicas e, em muitos casos, difíceis de tratar (Sanar, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que tem a APS como sua principal porta de entrada, possui orientações específicas para a realização de curativos simples e especiais. Estas orientações são detalhadas em manuais que servem de guia para os profissionais de saúde que atuam na linha de frente do

atendimento. Entretanto, além da necessidade de ter profissionais disponíveis a fim de suprir a demanda registrada no serviço, para que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) possam executar esses procedimentos de forma adequada e garantir a resolubilidade dos casos, é essencial que estejam bem estruturadas, com infraestrutura física apropriada e acesso contínuo aos materiais e insumos necessários para o cuidado eficaz (Brasil, 2011).

O município de Carauari traz uma realidade diferenciada, onde foi possível observar que a parceria e o comprometimento entre a APS e a média complexidade, o apoio da SEMSA e o comprometimento da equipe de saúde tem mostrado resultados promissores no manejo de feridas. Assim, buscamos apresentar a experiência no atendimento a usuários com feridas crônicas, especialmente quando esse tipo de serviço não era oferecido nas UBS do município. A introdução de um serviço municipal dedicado ao acompanhamento e tratamento de feridas na APS não só melhora os resultados clínicos, mas também alivia a carga sobre a média complexidade, pois eram os únicos locais equipados para tratar feridas mais complexas.

A maioria dos usuários atendidos na APS são idosos, portadores de doenças crônicas e acamados, colocando-os numa condição de vulnerabilizados. Essas populações enfrentam desafios adicionais que comprometem o cuidado e o autocuidado, tornando-os mais suscetíveis à ocorrência de lesões. Além disso, fatores sociais e ambientais são significativos na saúde desses indivíduos, exacerbando as condições que levam ao desenvolvimento e à persistência de feridas. Dessa forma, o objetivo principal da prática foi acompanhar de forma equitativa e integral os usuários que possuem feridas, promovendo a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas com intervenções bem estruturadas e contínuas.

O acompanhamento é alcançado por meio da integração do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que, ao levar informações e cuidados diretamente às casas dos usuários, estão fortalecendo as premissas do SUS. Além disso, o estímulo à participação familiar nos cuidados domiciliares visa garantir que o

tratamento seja seguido de forma adequada, contribuindo para a eficácia das intervenções. A importância desse tipo de cuidado na APS é que impacta na redução das remoções dos usuários para a capital e contribui com a diminuição das internações hospitalares por complicações e/ou agravos às pessoas com feridas. Além disso, a implementação de tecnologias de cuidado no nível da APS impacta na redução de custos com materiais e insumos, otimizando o tempo de cicatrização da ferida. Por fim, a equipe da Saúde da Família (ESF) tem a vantagem de estar no território do usuário, criando uma relação de afeto e confiança, algo próprio das tecnologias leves.

O registro contínuo e a avaliação dos resultados são componentes deste serviço, garantindo que os dados coletados informem a prática clínica e permitam ajustes necessários para melhorar continuamente a qualidade do cuidado oferecido.

Em Carauari, observa-se que cada cidadão é acompanhado por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que indica que os usuários com feridas analisados neste relato já recebiam acompanhamento clínico pela equipe da Atenção Básica, que possui um conhecimento detalhado das necessidades de saúde dessa população. Contudo, devido à gravidade de algumas lesões, esses usuários eram encaminhados a outro setor da Rede de Atenção à Saúde municipal, pois faltavam materiais específicos, que só estavam disponíveis para o serviço de média complexidade, não sendo contemplados nos procedimentos da UBS.

Dessa forma, a maioria das feridas era gerida pela atenção secundária do município, especificamente na Unidade Hospitalar de Carauari, que possuía os insumos necessários para os curativos, especialmente os mais complexos. Essa divisão de responsabilidades muitas vezes gerava uma sobrecarga na unidade hospitalar, que enfrentava dificuldades em atender a todos os casos de forma eficaz, devido à alta demanda e à complexidade dos casos tratados. Com a intenção de melhorar esse cenário e de otimizar o uso dos recursos disponíveis, foi realizado uma ação estratégica entre a Coordenação da APS e a Direção da Unidade Hospitalar.

Figura 1. Equipe da ESF da UBS referência serviço municipal de tratamento de feridas.

Fonte: Autores, 2024.

A ação visava fornecer os insumos e instrumentais necessários para a realização e acompanhamento dos curativos diretamente na UBS Michiê Takeda, a qual ficou sendo uma unidade de referência para as demais equipes da APS, descentralizando o atendimento da Unidade Hospitalar e aproximando os serviços dos usuários. A equipe de ESF da UBS Michiê Takeda, apresentada na Figura 1, foi reforçada com a ampliação das capacitações voltadas para os profissionais de saúde incluindo a participação dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e o médico, com temas referentes ao cuidado integral com o público específico para lidar com a complexidade do tratamento de feridas.

Figura 2. Tratamento de Feridas no Atendimento Domiciliar.

Fonte: Autores, 2024.

Nesse primeiro momento, toda a equipe foi qualificada e sensibilizada sobre os benefícios desse serviço para população e a importância de cada ator envolvido no cuidado dos usuários, incluindo as orientações a serem repassadas aos miliares, bem como a importância da busca ativa no território de abrangência e o monitoramento das pessoas atendidos.

Inicialmente, os atendimentos foram realizados em domicílio devido à falta de um espaço físico adequado na UBS. Esse modelo de atendimento domiciliar foi utilizado para iniciar a oferta do serviço municipal de tratamento de feridas na APS, permitindo que os usuários recebessem cuidados sem a necessidade de deslocamento, o que é particularmente importante para aqueles com mobilidade reduzida conforme é demonstrado na Figura 2.

Com o tempo, um consultório de enfermagem foi adaptado como sala de curativos da UBS, o que permitiu uma maior organização dos atendimentos

e o oferecimento de um espaço adequado para o cuidado especializado. Essa adaptação incluiu a reorganização do espaço físico e a aquisição de novos equipamentos, garantindo que a Unidade Básica de Saúde estivesse preparada e bem equipada para realizar os curativos de forma eficaz e segura.

Após a adaptação de um espaço físico adequado na UBS de referência para tratamento de feridas, a equipe da ESF responsável pelo serviço realizou uma triagem dos usuários em tratamento, identificando aqueles com boa mobilidade, que poderiam deslocar-se facilmente até a UBS, e aqueles com mobilidade reduzida, que continuariam recebendo atendimento domiciliar. Com esse novo arranjo, a equipe passou a dispor de mais tempo para realizar atendimentos na UBS e organizar-se de forma eficiente para os atendimentos domiciliares, ampliando a qualidade do serviço, facilitando a rotina dos profissionais e atendendo à demanda existente.

Assim, o uso de tecnologias de alto custo, como curativos especiais e dispositivos para controle de infecções, foi controlado e constantemente debatido pela equipe. Essa abordagem foi adotada para evitar interferências no processo de cicatrização e para garantir que os recursos fossem utilizados de maneira eficiente, sem desperdícios. A equipe adotou um protocolo para o uso dessas tecnologias, garantindo que cada intervenção fosse baseada em evidências e ajustada às necessidades específicas de cada pessoa.

A Prática Baseada em Evidências (PBE) constitui uma abordagem segura e estruturada para estabelecer condutas profissionais, focando na resolução de problemas com base nas melhores evidências científicas (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2016). Na UBS Michiê Takeda, responsável pelo Serviço Municipal de Tratamento de Feridas na Atenção Primária à Saúde (APS), a capacitação contínua dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como prioridade, desde a implantação do serviço até o momento atual, garantindo que todos estejam atualizados sobre as melhores práticas no tratamento de feridas.

Resultados

A adoção de novas tecnologias e técnicas no tratamento de feridas trouxe benefícios significativos. Tecnologias avançadas, como curativos bioativos e dispositivos de controle de infecção, foram incorporadas ao protocolo de tratamento, resultando em uma cicatrização mais rápida. Essas tecnologias, quando utilizadas de maneira criteriosa e baseada em evidências, podem fazer uma diferença substancial nos resultados clínicos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as tecnologias em saúde são componentes essenciais dos sistemas de saúde, assegurando o acesso equitativo a tecnologias que demonstrem qualidade, segurança, eficácia e custo-efetividade comprovadas. Além disso, seu uso deve ser fundamentado em evidências científicas de qualidade (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2016).

O serviço iniciou no ano de 2022 e os resultados apresentados são referentes a um ano de trabalho, que teve 70 usuários atendidos. Destes, 62 receberam alta, 6 continuaram em tratamento até a conclusão da escrita dessa experiencia (tendo em vista que foram usuários inseridos no tratamento nos últimos meses do ano de 2022, o qual foi a referência para o levantamento de dados). Embora todo o cuidado da equipe de saúde, ainda houve 2 usuários que abandonaram o acompanhamento devido a mudança para outros municípios. Esses números refletem o sucesso do serviço e a eficácia das intervenções implementadas. A utilização de novas tecnologias em curativos, a adequação das técnicas e a inserção do agente comunitário de saúde foram fatores fundamentais para esse sucesso. A equipe conseguiu reduzir significativamente o tempo de cicatrização, o que é um indicativo positivo da qualidade dos cuidados oferecidos.

Além disso, o serviço teve um impacto positivo em várias áreas da vida das pessoas. Melhorias na mobilidade, autoestima, saúde mental e hábitos alimentares foram observadas ao longo do tratamento. Esses benefícios atingem outros aspectos da saúde, mostrando que o cuidado integral traga bem-estar

geral ao usuário, o que garante o sucesso do tratamento. A capacitação da equipe também foi uma conquista importante do serviço. Com a experiência adquirida, os profissionais passaram a realizar os procedimentos com maior segurança e eficiência, o que se refletiu nos resultados positivos que foram obtidos.

Em relação ao acompanhamento desses usuários pelos ACS em suas áreas de abrangência, ressaltamos a qualificação desses profissionais sobre a abordagem com o usuário e como realizar as orientações adequadas aos cuidadores e familiares durante as visitas domiciliares. Dessa forma, pensando na prevenção de feridas, os ACS receberam capacitações para levar orientações aos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis e idosos, os quais são mais suscetíveis a feridas. Os temas de forma geral foram referentes ao autocuidado, identificação de feridas e com os principais sinais de agravos para acionar os demais profissionais quando necessário.

É relevante destacar a parceria formada pela SEMSA/APS e a Unidade Hospitalar do município de Carauari, ampliou a integração e o vínculo da Rede de Atenção à Saúde e o funcionamento do serviço de referência e contrarreferência no município. Essa colaboração garantiu o fornecimento contínuo dos produtos necessários para a realização dos procedimentos, evitando interrupções no tratamento das pessoas.

No período de 12 meses, que antecederam a escrita dessa experiencia, houve uma redução significativa nas amputações por infecções de pé diabético, tendo em vista que os usuários com esse tipo de ferida foram priorizados nos atendimentos. Também foi possível identificar a redução nas internações por agravamento de feridas crônicas e nos custos hospitalares. Ademais, a demanda por remoções das pessoas para a capital diminuiu, o que aliviou a carga financeira sobre o sistema único de saúde do município e permitiu que os usuários permanecessem no conforto de seus domicílios durante o tratamento.

Esses resultados mostram que o serviço não só melhorou a qualidade de vida das pessoas, mas também contribuiu para a sustentabilidade do SUS local. Ao reduzir a necessidade de intervenções mais complexas e dispendiosas,

a implantação do serviço demonstrou que é possível oferecer cuidados de alta qualidade dentro da atenção primária, utilizando os recursos disponíveis de forma eficiente e eficaz.

Considerações Finais

Podemos inferir que os investimentos em novas tecnologias de curativos, a capacitação contínua, o comprometimento e a participação ativa de toda a equipe de APS, aliados a uma parceria com as entidades mencionadas, são essenciais para uma recuperação mais rápida dos usuários. Esses fatores garantem assistência integral e qualificada, que contribui para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, minimizando a necessidade de trocas diárias de curativos, preservando os tecidos revitalizados, controlando os níveis de exsudato e promovendo a formação de tecido de granulação. Além disso, a administração adequada dos níveis de glicemia, pressão arterial, alimentação e hábitos saudáveis são necessários para alcançar os resultados desejados pelos profissionais do município.

Vale destacar que a capacitação contínua da equipe que a partir de treinamentos regulares e da troca de conhecimentos entre os profissionais, elevou o padrão de cuidado oferecido aos usuários. Essa capacitação não só melhorou a qualidade dos curativos realizados, mas também fortaleceu o vínculo entre os membros da equipe, criando um ambiente de trabalho mais colaborativo e centrado no usuário.

Dessa forma, o impacto da implantação desse serviço na APS vai além da cura física das feridas. Ao melhorar a mobilidade, autoestima e saúde mental dos usuários, contribuiu para o bem-estar geral e a qualidade de vida dos indivíduos atendidos e seus familiares. Isso demonstra a importância de uma abordagem holística no tratamento de feridas, que considera a pessoa como um todo, e não apenas a lesão específica.

Por fim, parafraseando Souza (2020), é possível afirmar que "avaliar uma ferida é cuidar de um todo*: cuidar do ser humano*". Esta frase encapsula

a essência desse serviço, que buscou não apenas tratar as feridas físicas, mas também apoiar os usuários em todas as esferas de sua vida. O sucesso nos resultados mostra que, com os recursos adequados e uma equipe bem treinada e dedicada, é possível oferecer um cuidado de alta qualidade na APS, melhorando significativamente a vida das pessoas e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Referências

Andrade, S. M., & Santos, I. C. R. V. (2016). Oxigenoterapia hiperbárica para tratamentos de feridas. Revista Gaúcha de Enfermagem, 37 (2), e 59257. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.59257

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2011). Procedimentos (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Primária, n. 30). Brasília: Ministério da Saúde.

Pedrosa, K. K. A., Oliveira, I. C. M., Feijão, A. R., & Machado, R. C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: Caracterização dos estudos no Brasil. BVS. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-pb.pdf

Sousa, M. S. C. (2020). Feridas e curativos. Salvador: Cicatriza Serviços em Saúde Ltda.

Silva, H. P., & Elias, F. T. S. (2019). Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde: Canadá e Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 35 (Suppl. 2), e00071518. https://www.scielo.br/j/csp/a/6swM97RtM3jwggWMQLYVL3S/?format=pdf&lang=pt

Desafios da adesão dos usuários ao programa Hiperdia em uma comunidade ribeirinha no Careiro Castanho, AM

Karina Sebastiana Macêdo Araújo
Carlos Alexandre Pereira da Silva
Yasmim Colares de França
Gigellis Duque Vilaça
Lupuna Corrêa de Souza

Introdução

A atenção básica à saúde enfrenta desafios em todo o Brasil, especialmente em áreas ribeirinhas, onde a implementação dos programas do Ministério da Saúde se torna ainda mais complexa. Assim, este estudo foca nas particularidades do estado do Amazonas, onde as condições de vida e a concepção do território são influenciadas pelas limitações do transporte fluvial nas áreas rurais e ribeirinhas. Essas limitações, causadas pelas distâncias, pelas calhas dos rios e pelo regime das águas, afetam diretamente a assistência à saúde, que precisa considerar não apenas as dificuldades geográficas, mas também aspectos culturais, sociais e econômicos.

Para enfrentar esses desafios, o Amazonas utiliza modelos específicos de atenção à saúde, como a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) e as Equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR). Esses modelos têm o objetivo de fornecer assistência a uma população que, por muito tempo, foi negligenciada (Sousa Lima *et al.,* 2021). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são atualmente a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo, com mais de 41 milhões de mortes por ano, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, as DCNT são responsáveis por cerca de 75% das mortes, e no Amazonas, foram registrados 19.273 óbitos por DCNT entre

2018 e 2022. Durante esse período, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por essas doenças aumentou, especialmente em 2021, com uma taxa de 233,86 óbitos por 100 mil habitantes, seguida de uma redução em 2022. As neoplasias e as doenças do aparelho circulatório são as maiores causas de óbitos por DCNT no estado.

Esses números poderiam ser ainda mais altos se considerássemos as falhas nos registros de atendimento e óbitos no interior do Amazonas, sugerindo que os dados são subestimados em comparação aos níveis nacionais. Este relato, portanto, aborda a população do Distrito do Purupuru, com uma estimativa de 4.000 habitantes, localizado na zona rural do município de Careiro Castanho, a 123 quilômetros de Manaus (IBGE, 2022).

Durante o período de observação, notamos um número elevado de casos agravados por doenças crônicas, especialmente entre pessoas com diabetes e hipertensão arterial, que frequentemente chegavam em estado de urgência e emergência hipertensiva, muitas vezes com complicações como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e diabetes descontrolada. Como profissional de saúde, nos sentimos impotente diante desses casos, mesmo realizando os atendimentos de forma correta, percebendo que algo mais precisava ser feito para enfrentar esses graves problemas de saúde.

Após investigar cada usuário inscrito no programa HIPERDIA, considerando as suas particularidades, concluímos que muitos deles não seguiam o tratamento de forma adequada devido à falta de compreensão das receitas médicas. A maioria desses usuários era pouco escolarizada, idosa e vivia sozinha, sem orientação adequada sobre como seguir corretamente o tratamento prescrito. Com o objetivo de reverter essa situação, buscamos encontrar métodos mais compreensíveis e práticos para que os usuários pudessem seguir seus tratamentos de maneira correta e eficaz.

Figura 1. Mapa do Distrito Purupuru.

Fonte: Organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

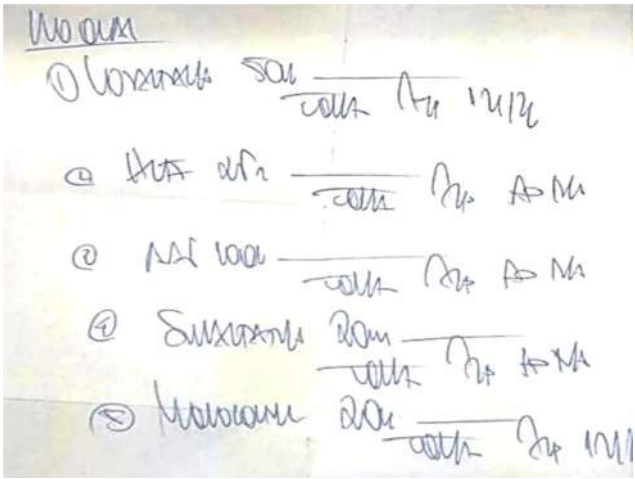
Dessa maneira, o objetivo geral deste estudo foi incentivar a adesão da população ribeirinha ao programa HIPERDIA. Especificamente, buscamos identificar as necessidades da população do Distrito do Purupuru, no município de Careiro Castanho, e desenvolver ferramentas que facilitassem a compreensão e melhorassem a efetividade do atendimento médico nessa comunidade ribeirinha.

Metodologia

A experiência foi realizada durante a assistência prestada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Josias Lira, na Comunidade do Purupuru, Careiro Castanho, Amazonas. A UBS atende tanto a comunidade local quanto a duas

unidades ribeirinhas: Ribeirinha 1, localizada em Nossa Senhora de Nazaré; e Ribeirinha 2, na Cabeceira do Purupuru, que atendem a nove comunidades, com uma estimativa de 4.000 usuários. Destes, 428 possuem hipertensão e diabetes, sendo 232 com hipertensão e 120 somente com diabetes.

Figura 2. Receita médica tradicional.

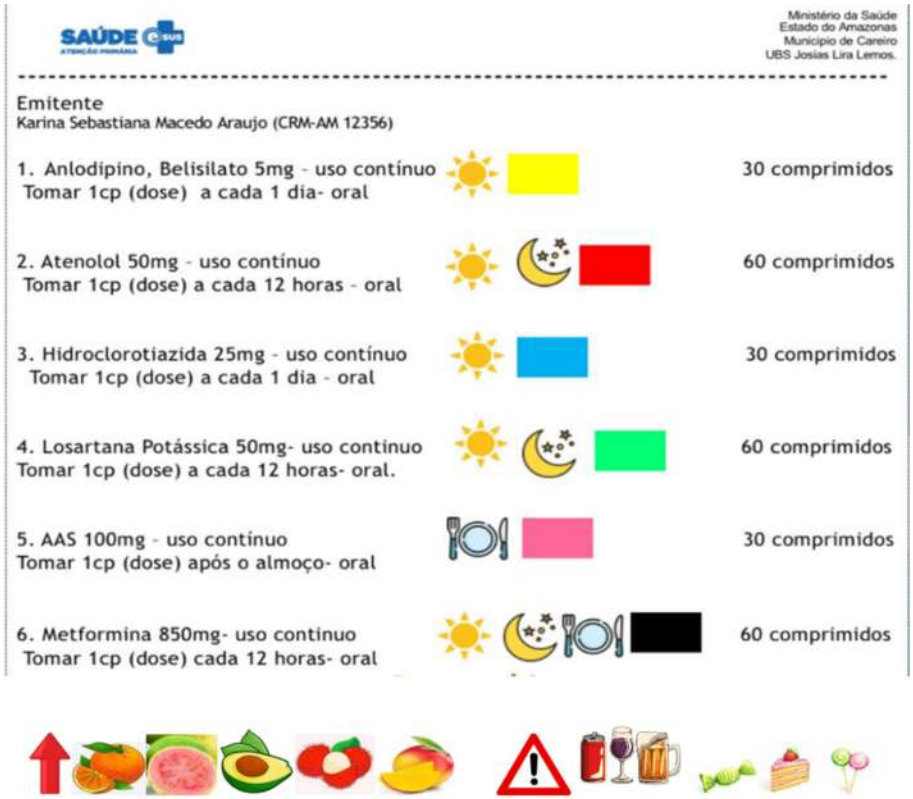


Fonte: Autores, 2024.

A principal dificuldade encontrada não observações realizadas, foi o uso incorreto das medicações, especialmente pela baixa escolaridade dos usuários, que tomavam os medicamentos em horários errados ou repetiam doses. Mesmo aqueles mais escolarizados, frequentemente não compreendiam as receitas médicas prescritas. Para enfrentar essa situação, passamos a trabalhar com rodas de conversa, panfletos lúdicos de fácil interpretação, receitas médicas ilustradas, utilizando cores e figuras para indicar os horários corretos de medicação, e atendimento médico domiciliar conforme a demanda e gravidade dos casos.

Observamos, na Figura 2, que a receita médica vinha com uma caligrafia que não colabora com o entendimento, além de ser pouca compreensiva para a maioria da população pouco escolarizada.

Figura 3. Receita médica ilustrada.



Fonte: Autores, 2024.

Na Figura 3, a receita está adaptada para a população ribeirinha, sendo impressa do Prontuário Eletrônico (PEC) com as medicações prescritas e a adaptação que realizamos é com adesivos de cores e ilustração do sol e da lua para identificar o dia e da noite, para indicar o horário a ser tomado e as cores para identificar cada medicação. As figuras e cores contribui para não haver confusão durante a tomada das medicações, pois havia pessoas que tomavam a mesma medicação por diversas vezes e outras medicações indicadas não eram tomadas, devido seu mesmo tamanho. Desse modo, a identificação aumentou a adesão ao uso da medicação.

Vale ressaltar que tanto nas receitas, como na própria medicação realizamos a identificação da medicação, facilitando que mesmo que o usuário perca a receita ele não se confunda com as medicações a serem utilizadas (Cavalcanti de Albuquerque *et al.,* 2016). Na receita anexamos ilustrações de frutas típicas da região que podem ser consumidas, incentivando o consuma das frutas na dieta. Ao lado está sinalizado, com um sinal de alerta, o que deve ser evitado como refrigerantes, bebidas alcoólicas e doces ultraprocessados.

A implementação de receitas médicas ilustradas, aliada a rodas de conversa e panfletos lúdicos, mostrou-se uma estratégia eficaz para superar as barreiras relacionadas ao analfabetismo e à compreensão inadequada das prescrições médicas (Torres, 2023). Essa abordagem não apenas facilitou a adesão dos usuários ao tratamento, como também reduziu significativamente os erros na administração dos medicamentos, resultando em menos complicações e crises de saúde. Abaixo, fala de usuários de 2 comunidades:

> É importante pra nós a receita e os remédios com as figuras, eu sou diabética e hipertensa e já não enxergo muito bem as letras então com as cores e figuras eu não tomo mais remédio errado (Lucila Souza Cavalcante - usuária Ribeirinha 2 - Comunidade Santa Maria).

> Nós esquecia qual remédio ia tomar, com as figuras ficou mais fácil porque a gente não confunde (Ana Maria Lopes da Silva - paciente ribeirinha 1 - Comunidade Santa Luzia).

> Eu agradeço a doutora por ter olhado por nós, a gente não tem estudo e as vezes eu fico com vergonha de dizer que não sei ler e ela ter olhado por nós ajuda a nossa vida e tomo meu remédio certinho (Francisca Ribeiro Gomes - Comunidade São José).

A prática de personalizar o atendimento, utilizando recursos visuais claros e acessíveis, demonstrou ser uma solução prática e impactante para melhorar a qualidade do cuidado em populações com baixos níveis de

alfabetização, contribuindo para um tratamento mais eficaz e para a promoção de uma saúde integral na comunidade.

Figura 4. Explicação ao usuário sobre a interpretação da receita médica.

Fonte: Autores, 2024.

Durante a realização e posterior implantação do receituário adaptado foi implementado grupo de idosos do HIPERDIA com atividade de grupos de dança, caminhada com a participação da equipe de saúde.

Este relato abordou um tema que muitas vezes parece distante da realidade de muitos profissionais de saúde, mas que é cotidiano para a população ribeirinha. Muitos usuários acreditavam que só deveriam usar a medicação quando apresentassem sintomas, como pressão alta ou glicemia elevada. Após esclarecer, de forma lúdica, a importância da medicação, o maior desafio foi garantir que os usuários tomassem os remédios nos horários corretos.

Ao reinventar as prescrições e abordá-las de forma lúdica, utilizando ilustrações para descrever os horários e a identificação das medicações por cores, conseguimos uma maior adesão dos usuários ao programa HIPERDIA.

Chegamos com 590 pessoas cadastradas no programa. Em conjunto com a implantação da receita médica incentivamos a prática de atividades física, grupo de caminhadas, realização de atividade física e estabelecemos grupo de idosos, o que melhorou tanto a adesão ao tratamento como interação com a equipe de saúde.

Figura 5. Equipe Ribeirinha - Nossa Senhora de Nazaré.

Fonte: Autores, 2024.

Considerações Finais

Para estabelecer a necessidade da medicação para as patologias dos usuários, foi essencial criar uma relação de confiança entre o profissional e o usuário, incorporando as práticas de "medicina alternativa" ao cuidado, mas enfatizando a importância do cuidado conjunto (Aguiar *et al.*, 2022).

Apesar dos desafios que ainda temos, como a falta de medicações nas unidades e a necessidade de melhorar as condições de trabalho para os profissionais dessas localidades, conseguimos realizar e melhorar o atendimento para essa comunidade, reduzindo consideravelmente as

remoções de usuários com complicações de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). O atendimento básico bem-feito é fundamental para evitar que esses casos evoluam de forma desfavorável e para garantir um serviço público de qualidade.

> *Com a união descobrimos não apenas a nossa força, mas também a incrível sensação de fazer algo maior que nós mesmos* (Dra Karina Macêdo).

Referências

Aguiar, M. J. O. de, Cariolando, K. A., Palheta, A. K. de C., & Paiva, G. da S. (2022). Modelo de atendimento farmacêutico e estratégia para atendimento adequado para pacientes analfabetos portadores de Hipertensão: Pharmaceutical care model and strategy for appropriate care for illphabe patients with Hypertension. Brazilian Journal of Development, 8(6), 47223–47243. https://doi.org/10.34117/bjdv8n6-295

Cavalcanti de Albuquerque, G. S., et al. (2016). Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. Trabalho, Educação e Saúde, 14(2), May-Aug. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112

Machado, L. E., & Campos, R. (2015). O impacto da diabetes mellitus e da hipertensão arterial para a saúde pública. Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar, 3(2), 53-61. https://doi.org/10.24302/sma.v3i2.627

Sousa Lima, R. T., et al. (2021). Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. Ciência & Saúde Coletiva, 26(6). https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021

Torres, L. S. (2023). Fatores associados à adesão de hipertensos e diabéticos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. Research, Society and Development, 12(9), e0112943419. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43419

Projeto visão além do futuro: uma ação intersetorial no município de Coari, AM

Maria do Perpétuo Socorro Carvalho Barreto
José Carlos Ferreira Pinheiro Junior
Wendel da Silva Barros
Fabricio da Rocha Botelho
Kelly de Nazaré Oliveira
Gercicley Rodrigues dos Santos

A escolarização é um período de desenvolvimento humano, conhecimentos, habilidades e o estabelecimento de relações interpessoais. O ambiente escolar propicia o contato dos estudantes com as temáticas que perpassam a vida individual e comunitária, sendo um espaço ideal para a promoção de hábitos saudáveis para a realização de ações que favoreçam o desenvolvimento integral dos sujeitos e para a produção social da saúde (OPAS, 2007). Nesse contexto, a integração das políticas públicas brasileiras de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública uniram-se para promover o desenvolvimento pleno desse público através do Programa Saúde na Escola (PSE).

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre os setores de Saúde e Educação, instituída pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Seu principal objetivo é integrar ações de saúde e educação para fortalecer a cidadania e qualificar as políticas públicas brasileiras.

A adesão ao PSE possibilita a sistematização das intervenções direcionadas aos estudantes no âmbito das redes públicas de saúde e de educação. Esse compromisso, assumido conjuntamente pelas Secretarias de Saúde e Educação, busca assegurar a atenção integral à saúde dos estudantes e formação integral, por meio de ações de prevenção, promoção e assistência

à saúde, desenvolvidas nas comunidades escolas do território (Ministério da Saúde, s.d.). Segundo a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, artigo 3º, "o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica" (Brasil, 2017, p. 1).

A Atenção Básica (AB) desempenha um papel essencial no PSE, sendo responsável por ações de promoção, prevenção e atenção à saúde no ambiente escolar, especialmente por meio das equipes de Saúde da Família. Sua ampla descentralização, atuação no território onde as pessoas vivem e função de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) favorecem a articulação entre profissionais da educação, saúde e a comunidade. Esse processo fortalece a acessibilidade, a permanência na escola, o diálogo, os processos de aprendizagem e a continuidade do cuidado em saúde dos estudantes para a construção de uma educação e saúde integrais. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), são locais onde as equipes de saúde atuam, desempenham um papel de ponte entre comunidade escolar e os serviços de saúde, facilitando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acompanhamento contínuo dos estudantes.

Desse modo, o PSE incentiva o fortalecimento do vínculo entre estudantes, familiares, comunidade, equipes de saúde e equipes de educação. A formação desse vínculo resulta do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em um território, numa ótica de corresponsabilidade compartilhada entre os atores dos setores saúde e educação e demais parceiros.

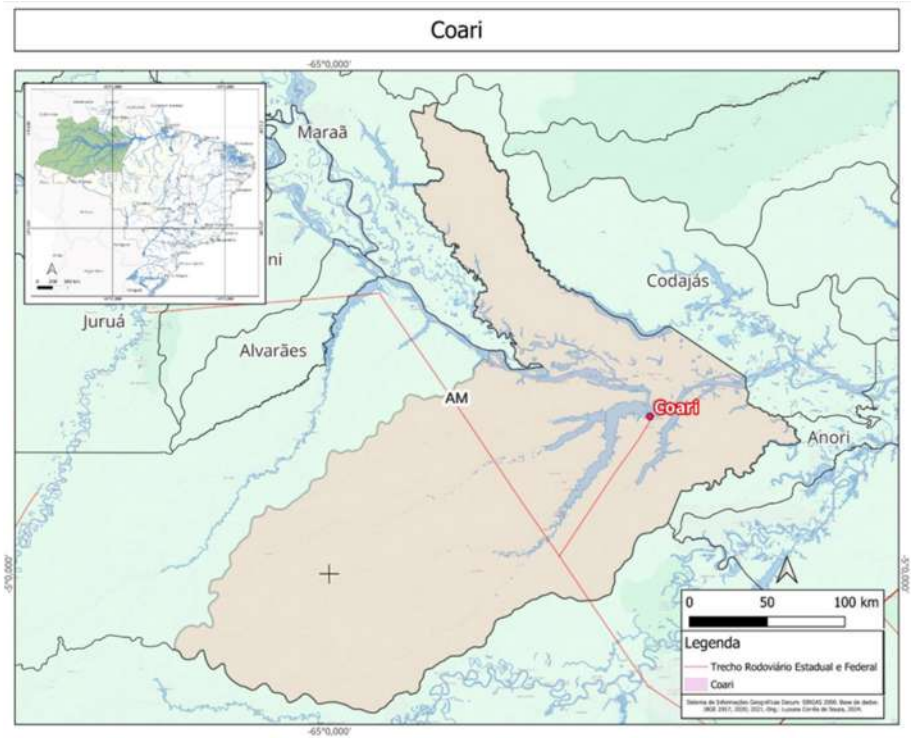
A operacionalização do PSE é primordial o planejamento articulado intrassetorial e intersetorial, assim como a troca de informação e a comunicação entre todos os atores envolvidos e, dessa mesma forma, entre as esferas de gestão (federal, estadual, distrital e municipal). Esse planejamento propicia a construção de capacidades e desenvolvimentos locais com base no contexto existente.

O PSE indica 14 ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no ambiente escolar. Essas ações abrangem áreas como avaliação das condições de saúde dos estudantes, promoção da alimentação saudável, práticas corporais, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, saúde bucal, saúde ocular, entre outras. Essas iniciativas estão alinhadas com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades relacionadas aos determinantes sociais de saúde, como educação, ambiente e condições de trabalho através do SUS (Ministério da Saúde, 2010). Além disso, contribuem para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (ONU, n.d.), especialmente o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, e o ODS 4 (Educação de Qualidade) que busca assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos.

O Projeto Visão Além do Futuro: relato da experiência

Neste contexto no município de Coari/AM, a atuação do PSE foi além das ações pactuadas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Ampliamos as iniciativas de acordo com as necessidades específicas de cada escola, garantindo uma abordagem alinhada à realidade local.

Figura 1. Localização do município de Coari/AM.



Fonte: Organização de Lupuna Corrêa de SOUZA, 2024.

Coari é um município brasileiro, localizado no Estado do Amazonas, região norte do País. Situada no centro da maior floresta tropical do mundo, a cidade está mais localizada à margem esquerda do Rio Solimões, entre o lago de Coari e o lago do Mamiá. A cidade é conhecida como a rainha do rio Solimões e foi apelidada de a terra do gás, onde se localiza a Província Petrolífera de Urucu, que extrai petróleo e gás natural. De acordo com Censo Demográfico 2022, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registrou uma população de 70.616 habitantes; um decréscimo de -7,04%, em relação a 2010, sendo o sexto município mais populoso do estado.

Os serviços de saúde do município são compostos por uma rede abrangente, que inclui, um hospital de média complexidade, equipado com

105 leitos, além de 15 UBS, das quais 13 estão localizadas na zona urbana, uma na zona rural e outra em uma unidade fluvial, voltada para o atendimento das comunidades ribeirinhas. Há 32 equipes de Saúde da Família atuando na sede e 10 equipes dedicadas Unidade Básica Fluvial. O município dispõe de um Instituto de Medicina Tropical, um Laboratório Central de Análises Clínicas, um Serviço de Emergência, um Departamento de Vigilância em Saúde, uma Policlínica, um Centro Especializado em Reabilitação e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa estrutura visa proporcionar um atendimento de qualidade e acessível a diferentes regiões e perfis da população coariense e município adjacentes e até mesmo da capital do amazonas.

Nesta abordagem o "Projeto Visão Além do Futuro", nasceu em 2021, de uma ação realizada pelo Programa Saúde na Escola (PSE) em parceria com os acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) de Coari. A inserção do PSE no ambiente escolar exige a qualificação do Projeto Político Pedagógico (PPP) para a inclusão de novas abordagens de maneira transversal, ou seja, integrar, no cotidiano escolar, conteúdos que promovam a saúde e o bem-estar dos estudantes.

O objetivo do projeto foi contribuir para o fortalecimento de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e estudantes adultos.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 20% dos escolares apresentam alguma afecção nos olhos, sendo mais frequentes os erros de refração, representados pela "Hipermetropia" (dificuldade para ver de perto), "Miopia" (dificuldade para ver de longe) e "Astigmatismo" (dificuldade para ver de longe e de perto). A criança portadora de algum erro de refração pode apresentar alterações no comportamento, como irritabilidade, insegurança, falta de interesse, dificuldade para a leitura e a escrita,

além de fadiga ao esforço visual. Podendo estar presentes sintomas como: tonturas, dores de cabeça, visão embaçada e fotofobia (sensibilidade excessiva à luz).

Os acadêmicos da UFAM realizaram o teste de Snellen para avaliar a acuidade visual dos estudantes na Escola Municipal Sandra Braga no bairro do Pera em Coari. Por meio do teste foi possível identificar possíveis alterações na condição visual dos estudantes, que resultou em alto índice de alteração visual, o exame Snellen aconteceu no final do período dos acadêmicos de enfermagem da UFAM, portanto quem deu continuidade as ações nas demais escolas foram as equipes de Saúde da Família das UBS de acordo com sua pactuação escolar. O teste de Snellen é utilizado para verificar a acuidade visual, que significa a capacidade das pessoas enxergarem objetos com clareza, sendo muito importante para manter a saúde ocular (Filippo, 2023).

Figura 2. Realização do teste de Snellen.

Fonte: BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

O bairro onde fica localizado a escola na qual foi agraciada pela ação do PSE com o teste de Snellen, é um local onde encontramos famílias com maior vulnerabilidade social. Diante deste fato, observamos que as famílias destes estudantes não teriam condições financeiras para custear um exame oftalmológico e tão pouco comprar os óculos, pois o Programa Saúde na Escola não disponibiliza nenhum recurso para a aquisição da ação de Saúde Ocular.

No ano de 2021, foi apresentada a problemática ao Gestor municipal. Desse modo, foi feito uma pactuação das ações de pactuação no PSE para orientar as atividades de saúde ocular e aplicação do teste de Snellen. A ação detectou o problema, mobilizando a gestão e os trabalhadores para criar melhores condições visuais aos estudantes.

O estudante é posicionado sentado a uma distância de 5 a 6 metros da parede onde a tabela de Snellen está fixada. O exame inicia com a leitura de letras de tamanhos diferentes, realizada com um olho de cada vez, para avaliar a acuidade visual. O Projeto foi criado especificamente para estudantes da rede pública de ensino do município de Coari, no qual todos os estudantes foram triados pelos professores juntamente com cada equipe de Saúde da Família de acordo com a pactuação por área da saúde. Depois disso, foi realizado um agendamento e o comunicado aos pais em reunião escolar e encaminhados a Policlínica Dr. Roque D`elloso, onde aconteceu os exames oftalmológicos e escolha dos óculos.

Figura 3. Realização dos exames de vista na escola.

Fonte: BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

O projeto ocorreu em 6 etapas, 4 delas aconteceram na Policlínica e 2 aconteceram nas respectivas escolas, por motivo de falta de espaço para atendimento. O estudante realizava o exame oftalmológico e, caso tivesse alguma alteração em seu diagnostico era encaminhado para escolha dos óculos.

Figura 4. Escolha dos óculos.

Fonte: BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

Os receituários eram encaminhados para Manaus, onde a ótica confeccionava os óculos e encaminhava para Coari. A primeira entrega aos estudantes foi realizada em um evento solene com a presença da Deputada Mayara Pinheiro, a idealizadora da emenda parlamentar para a aquisição dos exames oftalmológicos e os óculos. Ainda teve a presença do Prefeito Keitton Pinheiro, Vereadores, Coordenador da SEDUC, Secretário Municipal de Educação, professores e estudantes.

Figura 5. Evento de entrega dos óculos.

Fonte: Prefeitura municipal de Coari, 2021.

Figura 6. Exposição dos óculos.

Fonte: BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

No município de Coari foi pioneiro na realização deste projeto exitoso, tendo os seguintes resultados: foram pactuados 18.542 estudantes pelo Ministério da Saúde e Educação; foram realizados 4.272 exames oftalmológicos nas escolas da rede pública de ensino, estaduais e municipais; 1.666 apresentaram alguma alteração no campo visual; foram fornecidos os óculos pelo Programa. Os quadros a seguir apresentam as escolas contempladas pelo projeto "Visão Além do Futuro" em sua edição.

Quadro 1. Escolas comtempladas com o projeto na 1ª edição.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	Creche Amélia Aires	Educação Infantil
02	Escola Estadual Gilberto Mestrinho	Ensino fundamental
03	Escola Municipal Maria de Nazaré	Ensino fundamental
04	Escola Estadual Francisca Evangelista	Ensino fundamental
05	Escola Estadual Inês de Nazaré Vieira	Ensino fundamental e EJA
06	Escola Estadual Francisco Lopes Braga	Ensino fundamental
07	Escola Municipal Maria Elisângela Litaiff	Ensino fundamental
08	Escola Estadual Iraci Leitão	Ensino fundamental
09	Escola Municipal Ursulina Souza de Oliveira	Ensino fundamental
10	Escola Estadual Thomé de Medeiros Raposo	Ensino fundamental
11	Escola Municipal Raimunda Cruz e Silva	Ensino fundamental
12	Escola Municipal de Educação Infantil Cândida Aquino	Educação Infantil
13	Escola Estadual Dom Mário	Ensino fundamental e EJA
14	Escola Estadual Presidente Kennedy	Ensino fundamental
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	**640**
	TOTAL DE ÓCULOS:	**457**

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

As escolas selecionadas para 1ª edição utilizaram como primeiro critério o quantitativo de estudantes de cada escola, priorizando a educação infantil e ensino fundamental, onde foram distribuídas nos dias de atendimentos dependendo do quantitativo de cada escola.

Quadro 2. Escolas comtempladas com o projeto na 2ª edição.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	CETI	Tempo Integral
02	Escola Municipal Dirce Pinheiro	Educação Infantil
03	Escola Municipal Sandra Braga	Educação Infantil
04	Escola Municipal Rui Souto de Alencar	Ensino Fundamental
05	Escola Municipal Agenor Smith	Ensino Fundamental e EJA
06	Escola Estadual Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Ensino Fundamental e EJA
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	**605**
	TOTAL DE ÓCULOS:	**521**

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

Para a segunda edição do projeto, foram selecionadas quatro escolas municipais e duas estaduais: escola municipal Dirce Pinheiro e escola estadual Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, respectivamente, ambas com grande quantidade de estudantes que foram divididas em etapas seguintes do Projeto.

Quadro 3. Escolas contempladas com o projeto na 3ª edição.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	Escola Estadual Dom Mário (EJA)	Ensino Fundamental e EJA
02	Escola Estadual Maria Almeida do Nascimento	Ensino Fundamental
03	Escola Municipal José Manoel de Souza (vila do Itapeua)	Ensino Fundamental
04	Escola Municipal Coronel Gaudêncio (zona rural)	Ensino Fundamental

05	Escola Municipal Dirce Pinheiro	Educação Infantil
06	Escola Municipal João Soares da Fonseca (Saubinha)	Ensino Fundamental
07	Escola Estadual Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Ensino Fundamental e EJA
08	Escola Municipal Maria Almeida do Nascimento (zona rural)	Ensino Fundamental
09	Escola Municipal Indígena Dom Jackson Damasceno (zona rural)	Ensino Fundamental
10	Escola Municipal Capitão Silva (zona rural)	Ensino Fundamental
11	Escola Estadual Prefeito Alexandre Montoril	Ensino Fundamental e Médio
12	Escola Municipal Rui Souto de Alencar	Ensino Fundamental
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	**446**
	TOTAL DE ÓCULOS:	**194**

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

Na terceira edição participaram escolas estaduais e municipais da zona urbana, e escolas municipais da zona rural do município. A seleção da zona rural foi de acordo com logística do deslocamento dos estudantes até o município para a realização do exame, portanto optou-se por escolas próximas ao município.

Quadro 4. Escolas contempladas com o projeto na 4ª edição.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	Escola Municipal Raimundo Moreira (zona rural)	Ensino Fundamental
02	Escola Estadual João Vieira	Ensino Fundamental, Médio e EJA
03	Escola Municipal Raimundo Bezerra	Ensino Fundamental
04	Instituto Bereano de Coari	Ensino Fundamental e Médio
05	Escola Estadual Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (EJA)	Ensino Fundamental e EJA

06	Escola Municipal Rui Souto de Alencar	Ensino Fundamental
07	Escola Estadual Inês de Nazaré (EJA)	Ensino Fundamental e EJA
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	**319**
	TOTAL DE ÓCULOS:	**184**

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

A quarta etapa continuou com as escolas cujos alunos ainda não haviam realizado o exame, exceto as escolas Instituto Bereano de Coari e Raimundo Moreira, da zona rural do município, cujos estudantes realizaram o exame pela primeira vez.

Quadro 5. Escolas contempladas com o projeto na 5ª etapa.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	Escola Estadual João Vieira	Ensino Fundamental, Médio e EJA
02	Escola Estadual Prefeito Alexandre Montoril Gm3	Ensino Fundamental e Médio
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	**1.083**
	TOTAL DE ÓCULOS:	**212**

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

Nesta etapa do Projeto, foram selecionadas escolas com grande quantitativo de alunos, e que aqueles que ainda não haviam realizado o exame. Os profissionais se direcionaram até a escola para realização dos exames e escolha da armação dos óculos, os atendimentos ocorreram nos períodos matutino, vespertino e noturno para os estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Quadro 6. Escolas contempladas com o projeto na 6ª etapa.

Ord.	ESCOLAS	ETAPA
01	Escola Municipal Dirce Pinheiro	Educação Infantil
02	Escola Estadual Elisângela Litaiff	Ensino fundamental
03	Escola Estadual Lopes Braga	Ensino fundamental
04	Escola Municipal Rui Souto De Alencar	Ensino fundamental
	TOTAL DE ATENDIMENTOS:	1.179
	TOTAL DE ÓCULOS:	101

Fonte: Elaborado por BARRETO, Maria do Perpétuo Socorro Carvalho, 2021.

Dando seguimento aos atendimentos realizados nas escolas, nessa última etapa, os exames foram realizados nas Escolas Municipais Dirce Pinheiro e Elisangela Litaiff, nos turnos matutino, vespertino e noturno.

Ao término da execução do Projeto "Visão Além do Futuro", ficou evidente que o objetivo foi alcançado, considerando a ampla adesão dos estudantes e a demanda significativa pela confecção de óculos. Os estudantes se beneficiaram de forma expressiva com as consultas oftalmológicas, uma vez que os exames permitiram a detecção precoce de complicações oftalmológicas.

Considerações Finais: as palavras dos estudantes, professores, comunitários e gestores

Nada melhor do que os próprios beneficiários do Projeto para avaliar o impacto das ações nas suas vidas. Assim, concluímos com as suas palavras.

> Sou o estudante B.H.P.L, estudante da Escola Estadual Presidente Kennedy, fui agraciado pelo Projeto visão do futuro através do Programa Saúde na Escola, onde recebi os óculos. Que alegria, foi um dia de festa, passei a fazer tudo melhor na escola e em casa. Hoje só quero agradecer a todas as pessoas envolvidas no projeto.

Sou S.A.P, mãe do estudante B.H.P.L, e o que eu tenho é somente gratidão a todos os envolvidos no Projeto Visão Além do futuro. Pelo Projeto meu filho fez o exame oftalmológico e ganhou um óculo, seu desempenho escolar melhorou muito, e acompanhar e ver as melhoras do meu filho não tem preço.

Eu Z.A, Gestora da Escola Estadual professor Gilberto Mestrinho, juntamente com os professores e familiares somos gratos pelo Projeto Visão do Futuro, pois através deste projeto os alunos que tinham dificuldade de baixa visão ou até mesmo uma deficiência visual, conseguiram enxergar melhor os conteúdos trabalhados pelos professores e a aprendizagem se tornou mais significativa. Portanto, agradecemos e parabenizamos a todos envolvidos por darem oportunidade aos nossos alunos enxergarem melhor. E assim deram a todos a chance de continuarem seus estudos sem prejuízos no processo ensino e aprendizagem.

A Escola Municipal Domingos Agenor Smith, atente alunos do 6° ao 9° ano, sendo foi comtemplada com o Projeto Além do Futuro. Com isso, trouxe vários benefícios para escola e toda a comunidade escolar. Os estudantes que sentiam dificuldades em enxergar tiveram a oportunidade de realizarem seus exames de vista e adquirirem seus óculos. Para a estudante E.C.S, é a primeira vez que ela usa óculos e tem sido muito difícil para ela se adaptar com a nova rotina, mas tem sido maravilhoso enxergar melhor e poder melhorara a aprendizagem. O *feedback* dos professores tem sido muito positivo. Segundo eles o Projeto visão em do futuro é essencial para a escola, uma vez que temos alunos que precisam fazer o exame de vista, mas não fazem por problemas financeiros. Há relatos de professores sobre alunos que desistiram de estudar porque não enxergavam. As famílias dos estudantes também relataram com satisfação sobre o Projeto, pois sabiam que seus filhos tinham algum problema de visão, mas não podiam fazer exames oftalmológicos devidos as condições financeiras. Com a vinda do Projeto, os alunos que foram beneficiados, conseguiram realizar seus exames e adquirir seus óculos inteiramente grátis, por meio do Programa Saúde na escola e o Projeto visão Além do Futuro. Beneficiou não somente os alunos, mas impactou no rendimento escolar, contribuindo para uma melhoria na aprendizagem dos alunos.

> A escola Dom Jackson Damasceno, escola indígena, situada na comunidade Esperança I, à margem direita do Rio Solimões, vem por desta relatar os benefícios que o Projeto visão Além do futuro trouxe para os estudantes que foram contemplados com os exames de vista e consequentemente com os óculos. Este projeto trouxe para a comunidade escolar pontos positivos as quais os estudantes obtiveram melhores desempenho em suas atividades, pois eles tinham muitas dificuldades de fazer leitura e escrita. Os pais dos alunos relatam que estão satisfeitos com o Projeto, pois seus filhos quando começaram a usar os óculos melhoraram muito em seus estudos e foi uma grande ajuda para eles, pois eles não tinham recurso financeiro para custear o exame de e nem os óculos. Os educadores narram sobre a importância deste Projeto desenvolvido exclusivamente para estudantes, relatam também que os estudantes tinham muitas dificuldades de aprendizagem, isso implica no grau de dificuldade de visão que os alunos tinham, hoje neste viés os discentes melhoraram muito, podendo-se falar que eles estão realmente inclusos no contexto de ensino-aprendizagem porque demonstram em suas atividades escolares.

Dessa forma, o Projeto consolidou-se como uma iniciativa essencial, integrando cuidados com a saúde ocular e promovendo uma educação mais inclusiva, além de melhorar a qualidade do aprendizado. O Projeto "Visão Além do Futuro" buscou também, contribuir para a redução da evasão escolar e das dificuldades de aprendizagem, além de mitigar as limitações na qualidade de vida causadas por doenças que afetam a visão. Por fim, essa experiência destacou a relevância do diagnóstico precoce das alterações visuais para obter melhores resultados, ressaltando a necessidade de medidas preventivas para a atenção à saúde ocular dos estudantes da rede pública do município de Coari-AM.

Referências

Organização Pan-Americana da Saúde. (2007). Escolas promotoras de saúde: Experiências do Brasil. OPAS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf

Brasil. (2007). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 – Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/

ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Brasil. (2017). Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Diário Oficial da União. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20243115/do1-2017-04-26-portaria-interministerial-n-1-055-de-25-de-abril-de-2017

Ministério da Saúde. (s.d.). Programa Saúde na Escola (PSE). Governo do Brasil. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse

Ministério da Saúde. (2010). Política Nacional de Promoção da Saúde (3ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022).thttps://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/coari/panorama.

Organização das Nações Unidas. (n.d.). Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Nações Unidas Brasil. https://brasil.un.org/pt-br/sdgs

Filippo, R. (2023, 09 de março). Teste de snellen: o que é, como é feito e como interpretar o resultado. Clínica de Oftalmologia Integrada. https://coioftalmologia.com.br/blog/exame-oftalmologico/teste-de-snellen/#:~:text=O%20teste%20de%20Snellen%20%C3%A9%20um%20procedimento%20rotineiro%20que%20faz,e%20a%20nitidez%20da%20vis%C3%A3o

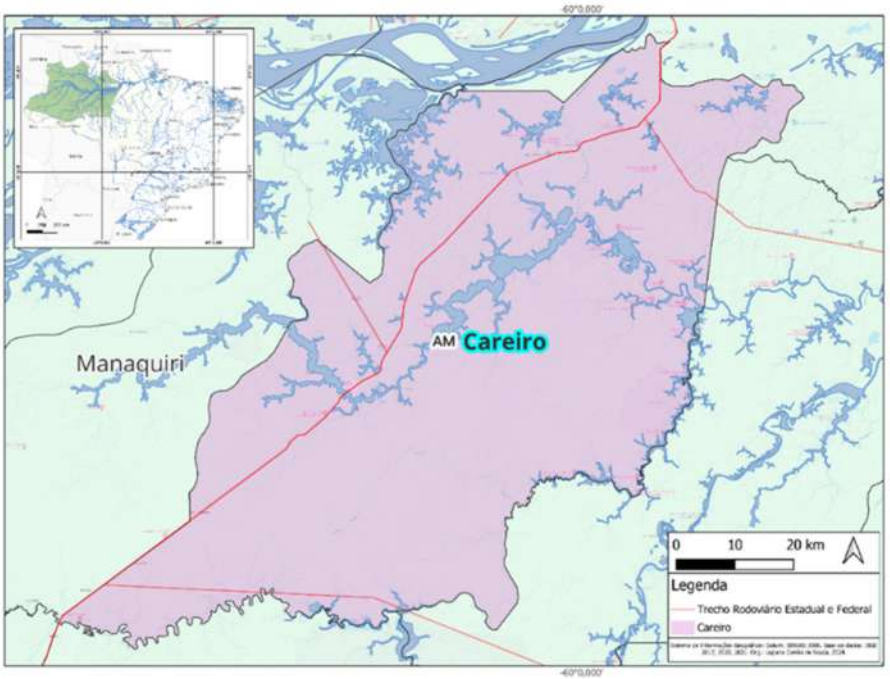
Heróis das águas: desafios e potencialidades nas urgências e emergências em um município amazônico

Karina Sebastiana Macêdo Araújo
Carlos Alexandre Pereira da Silva
Yasmim França de Colares
Jackeline da Silva Gomes
Gigellis Duque Vilaça
Lupuna Corrêa de Souza

Introdução

O acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que implementou o Sistema Único de Saúde (SUS). Através do SUS, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE) (Brasil, 1988). A PORTARIA Nº 814, DE 01 DE JUNHO DE 2001, reforça essa responsabilidade, destacando a importância de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel para garantir assistência rápida e de qualidade em situações de urgência (Brasil, 2001).

Figura 1. Mapa de Localização do Município do Careiro.



Fonte: Organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

Embora o direito ao acesso universal e igualitário à saúde seja garantido, persistem desafios significativos para os usuários do SUS, especialmente aqueles em áreas remotas (Guimarães *et al.*, 2020). Careiro, um município amazonense próximo a Manaus, enfrenta dificuldades adicionais devido às suas características geográficas, que incluem vastas áreas de várzea alagadas durante a estação chuvosa e isoladas na seca, conforme Figura 1.

Figura 2. Trajeto de remoção – Comunidade -> Manaus.

Fonte: Google, 2024.

Nessa região, a atenção básica e os serviços de urgência e emergência precisam ser adaptados às particularidades locais para garantir o acesso e a eficácia dos processos de trabalho. Este trabalho visa dar voz às dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que se esforçam para fornecer atendimento de qualidade à população ribeirinha, destacando a complexidade logística e os desafios das remoções em áreas ribeirinhas.

O objetivo geral desta escrita é apresentar estratégias utilizadas localmente para melhorar os atendimentos de urgência e emergência em áreas ribeirinhas do município de Careiro. Assim, foi realizada a coleta de dados e identificadas as comunidades com maior demanda por atendimentos de urgência e emergência. A partir disso, as demandas foram apresentadas aos gestores para viabilizar recursos destinados à criação de Prontos Atendimentos Remotos e garantir a acessibilidade dos usuários à equipe de saúde. Iniciou-se então uma busca ativa das remoções realizadas nas comunidades, com o objetivo de verificar as situações em que essas remoções ocorriam e, por meio de avaliação médica, determinar quais atendimentos poderiam ser realizados localmente e quais deveriam ser encaminhados a um nível de maior complexidade.

Com base nos dados coletados, foi elaborado um plano que priorizava a instalação de um Pronto Atendimento de Referência nas comunidades com

maior demanda, visando atender de forma mais eficiente as necessidades locais. Assim, foram estabelecidos pontos de referência para pronto atendimento nos distritos de Araçá e Purupuru, contribuindo para a descentralização do Hospital de Referência Deoclécio dos Santos e formando uma parceria com o hospital para a regulação imediata de atendimentos que necessitem de maior complexidade, com encaminhamento para a capital, Manaus, quando necessário.

Dessa forma, buscamos evidenciar as necessidades e desafios na assistência de urgência e emergência (RUE) da população de Careiro, motivando os profissionais a desenvolverem ferramentas, como um fluxograma de protocolo, que aprimoraram o atendimento às urgências e emergências nas comunidades ribeirinhas. Atualmente, almeja-se estabelecer um cuidado longitudinal e integral, reduzindo os custos com remoções e reinvestindo esses recursos na melhoria dos serviços de saúde locais.

Nesse cenário, a gestão da saúde em áreas remotas, como Careiro, enfrenta desafios significativos devido às especificidades regionais. A dificuldade de acesso, causada pela vasta extensão territorial e pela precariedade dos meios de transporte e comunicação, é agravada pela escassez de profissionais de saúde, que muitas vezes preferem trabalhar em grandes centros urbanos. As estratégias de cooperação federal frequentemente se concentram no aspecto financeiro, utilizando métricas de eficiência e sustentabilidade que não se adequam à realidade amazônica (Heufemann, Schweickardt & Ferla, 2024).

Portanto, para garantir uma assistência de qualidade à população ribeirinha, é fundamental adaptar os serviços de saúde às características geográficas e socioeconômicas locais. A implementação de estratégias específicas, como o desenvolvimento de um fluxograma de atendimento e a melhoria da comunicação entre as equipes de saúde, mostrou-se essencial para superar os desafios impostos pela região. Esses esforços têm o potencial de reduzir os custos operacionais e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, beneficiando diretamente a população ribeirinha e contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e sustentável.

O relato de experiência dos profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família e no Hospital Deoclécio dos Santos, localizado na sede do município, mostra a realidade de um município com características ribeirinhas. A distância entre as comunidades mais remotas e a sede municipal é similar ao tempo de viagem de barco até Manaus, que dura em média de 3 a 4 horas, dependendo das condições climáticas e do tipo das embarcações, bem como do período de seca ou cheia dos rios. Este cenário reflete os desafios enfrentados pela população ribeirinha para acessar serviços de saúde, especialmente em situações de risco iminente à vida.

O município do Careiro possui uma estrutura composta por: uma unidade fluvial, 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 9 Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), distribuídas nas comunidades. A equipe de saúde é composta por 123 Agentes Comunitários de Saúde, 32 Agentes de Controle de Endemias, 20 médicos e 60 enfermeiros. O referenciamento dos usuários é um desafio devido à distância das comunidades em relação à sede municipal.

Dessa maneira, com o objetivo de reduzir o número de remoções, foi elaborado um plano estratégico, incluindo a criação de um fluxograma de atendimento que melhorou a rede de atendimentos ao estabelecer um fluxo de comunicação eficiente entre as equipes de atenção básica e os serviços de urgência e emergência. Diante das necessidades identificadas, foi elaborado um plano estratégico focado nas demandas da localidade. A análise incluiu o levantamento do número de remoções realizadas entre comunidades e aquelas encaminhadas para a capital, Manaus.

Considerando esses desafios, avaliou-se quais remoções eram mais recorrentes e quais poderiam ser solucionadas localmente. Em diálogo com o Secretário de Atenção Básica e a Secretária de Saúde, foram definidos "kits de atendimento" para as unidades, de modo que emergências pudessem ser tratadas inicialmente na própria comunidade. Em seguida, foram realizados treinamentos com as equipes locais para que pudessem

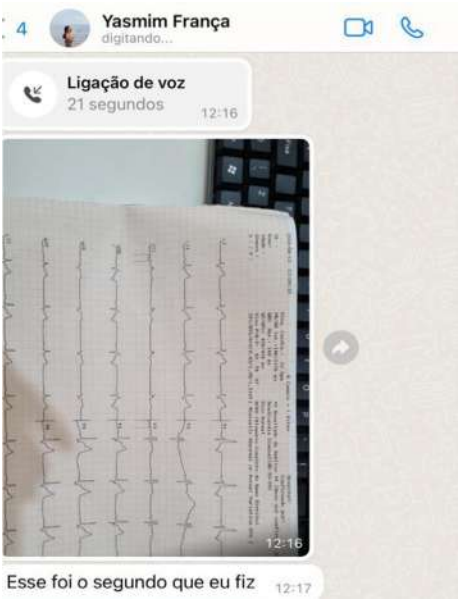
gerenciar emergências, realizando uma espécie de triagem para identificar quais casos necessitariam de remoções imediatas e quais poderiam ser resolvidos no município.

Fluxograma de Atendimento

A comunicação é o ponto central e de maior dificuldade em áreas ribeirinhas, onde a telefonia celular não é acessível. Ela se dá principalmente por WhatsApp, dependendo do acesso à internet local. Em casos de falta de eletricidade, essa comunicação é prejudicada, afetando diretamente o prognóstico dos usuários (Ferreira, 2024). Para mitigar esses desafios, foi criado um fluxograma de atendimento via WhatsApp, conforme descrito abaixo:

- Atendimento inicial via WhatsApp (ACS - Técnico de Enfermagem);
- Conduta conforme o quadro clínico do usuário, informado pelo técnico ao enfermeiro e médico;
- Dependendo da gravidade do quadro, indica-se remoção para o hospital municipal ou regulação estadual;
- Caso necessário, o caso é passado ao diretor clínico do Hospital Municipal Deoclécio dos Santos;
- Acionamento da Ambulancha com a equipe na BR-319, às margens do Rio Negro;
- Remoção para Manaus, com a equipe na CEASA, localizada na outra extremidade do Rio Negro, para remoção para os grandes hospitais.

Figura 3. Fluxo de Atendimento (contato via WhatsApp - enfermeira e médica).



Fonte: Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), 2024.

Figura 4. Transporte usuário em rabeta (área de difícil acesso).

Fonte: Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), 2024.

Figura 5. Transporte de usuário via terrestre (área de difícil acesso).

Fonte: Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), 2024.

Figura 6. Chegada (Ceasa – Manaus).

Fonte: Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), 2024.

A implementação do protocolo de atendimento foi necessária a realização de treinamentos para as equipes de saúde na abordagem inicial e orientação de conduta, estabelecendo as emergências que podem ser reguladas diretamente. Este trabalho visa reduzir o tempo de percurso das comunidades mais distantes, estabelecendo um sistema de regulação mais eficaz, diminuindo danos aos usuários e aumentando as chances de sobrevivência.

Vale ressaltar que durante a elaboração deste projeto, contamos com 2 unidades em pontos estratégicos para condução de casos de urgência e emergência "polos de triagem de atendimento em urgência e emergência" um localizado no Distrito do Araça – há 80 km do Hospital do município, e outro na Comunidade do Purupuru localizado a 120 km do hospital municipal, ambos receberam maior investimentos através do retorno deste trabalho e estão operantes com equipe plantonista com presença de médico durante os finais de semanas e feriados.

Figura 7. Ampliação da UBS com Pronto Atendimento 24 horas (Distrito Purupuru).

Fonte: Equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), 2024.

Considerações Finais

Em um "território líquido" como o amazônico, a atenção à saúde exige estratégias adaptadas às necessidades das populações locais, que são frequentemente invisibilizadas e apresentam maior vulnerabilidade e risco à saúde (Heufemann, Schweickardt & Ferla, 2024). Este relato de experiência foi escrito com base nos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na condução dos casos de remoção de áreas remotas, atendendo a diversos tipos de emergências, como acidentes ofídicos, mordeduras de jacaré, afogamentos, ferimentos por arma branca, Acidente Vascular Cerebral, e Infarto Agudo do Miocárdio.

O planejamento de ações estratégicas fora realizado após a comunicação entre a gestão e os serviços de atenção básica e de urgência e emergência. Vale destacar que o município de Careiro não possui Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Assim, foi criado um sistema de atendimento médico distrital, posteriormente difundido em todo o município.

A priorização do atendimento às comunidades ribeirinhas, especialmente em casos de urgência e emergência, requer investimentos em políticas públicas e financiamento adequado para efetivar a RUE, além de estratégias da gestão municipal. Uma assistência de qualidade em áreas remotas deve considerar questões como equipamentos adequados, equipes qualificadas, interação entre equipes de pronto-socorro e sistemas de regulação de leitos adaptados às particularidades ribeirinhas.

O baixo nível econômico dos ribeirinhos agrava o impacto de problemas de saúde, tornando relevante discutir os custos de deslocamento e internação. A aplicação do fluxograma de atendimento foi fundamental para reduzir remoções desnecessárias e fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde, melhorando a segurança nas remoções. Este esforço diário para salvar vidas, mesmo sob condições adversas, reflete o compromisso com a saúde pública e a esperança de dias melhores através do SUS.

Referências

Brasil. (2001). Portaria nº 814, de 01 de junho de 2001. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0814_01_06_2001.html

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado.

Ferreira, D. (2024). Desafios na manutenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Fluvial no Alto Solimões.

Guimarães, A. F., Barbosa, V. L. M., Silva, M. P., Portugal, J. K. A., Reis, M. H. S., & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 11, e202000178. https://doi.org/10.5123/s2176-6223202000178

Heufemann, N. E. C., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2024). Desafios avaliativos em cenário ribeirinho: pistas metodológicas no acesso à Rede de Urgência e Emergência. Revista Baiana de Saúde Pública, 47(4). https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v47.n4.a3635

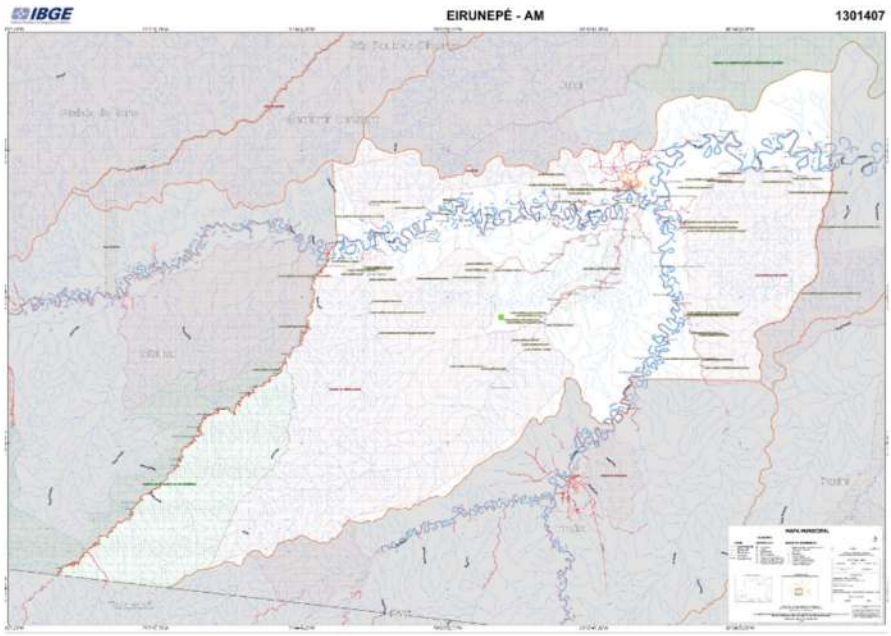
Fisioterapia em grupo: tratamento da lombalgia na Atenção Básica em Eirunepé - AM

Yanna Luane Souza Cavalcante
Thayana Oliveira Miranda
Francisco Loab Dos Santos Silva
Marluce Mineiro Pereira
Liliam Rafaelle Souza da Silva

Introdução

O município de Eirunepé pertence a microrregião do rio Juruá, localiza-se cerca de 1.160 KM distante da capital Manaus, possui aproximadamente 33.170 habitantes e densidade demográfica de 2,22 hab/km². No âmbito educacional o município apresenta taxa de escolarização de 90,7% entre as crianças de seis a 14 anos, na economia, em 2021 a renda per capita era de 15.726,02. Em relação ao meio ambiente 11,9% de domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado, 1,4% de domicílios na zona urbana apresentam urbanização adequada e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,563 (IBGE, 2022).

Figura 1. Município de Eirunepé.



Fonte: geoftp.ibge.gov.br (2024).

Em relação a atenção básica à saúde há cinco unidades básicas de saúde sendo uma delas fluvial, e dentro delas atuam 11 equipes de saúde da família, dentre estas três ribeirinhas e um fluvial, englobando atendimentos médicos, odontológicos e fisioterapêuticos (CNES, 2024). Os profissionais de fisioterapia estão distribuídos nessas unidades de saúde da seguinte forma: dois na unidade hospitalar do município, um na Unidade Básica de Saúde Fluvial Expedito Barroso, dois na unidade básica de saúde Padre Antônio Cremer. Embora estejam alocados nessas unidades, quando surgem projetos ou programas voltados para atender demandas de reabilitação, cuidado, cura e alívio da dor, os fisioterapeutas atuam conjuntamente no Centro Municipal de Reabilitação Física e Ortopédica - CEMURFO.

O município tem registrado problemas de saúde associados à prevalência de doenças neurológicas, com maior parte de queixas atendidas

pelos fisioterapeutas advindas principalmente de usuários com sequelas pós acidente vascular cerebral (AVC) e crianças com paralisia cerebral. Dentre as queixas ortopédicas a principal é a dor na coluna e afecções de ombro e joelho, as quais implicam em uma alta demanda pelos serviços médicos especializados e fisioterapêuticos. Tendo em vista que esses atendimentos são realizados em no mínimo 10 sessões, gera uma longa lista de espera para realização da consulta inicial dos usuários. Após análise dos usuários que aguardavam para o atendimento fisioterapêutico, notamos o grande número de usuários com queixas e sintomas em região lombar. Assim foi criado o "Grupão de Fisioterapia", projeto que visava o atendimento de pequenos grupos, reduzindo assim o tempo de espera para as outras demandas do serviço.

O relato de experiência tem como objetivos: apresentar a experiência do projeto "Fisioterapia em grupo para redução de lombalgia" que objetivou implementar atendimentos em grupo e palestras voltados à redução dos sintomas de lombalgia; promover atendimento integrado e permitir a troca de experiência entre os participantes; conscientizar os participantes sobre a importância dos exercícios físicos na melhora do quadro de lombalgia e reduzir a demanda de encaminhamentos e a lista de espera para os atendimentos de fisioterapia.

Apresentaremos nesse relato de experiência os principais resultados obtidos no projeto "Fisioterapia em grupo para redução de lombalgia", desenvolvido no CEMURFO por um grupo de cinco fisioterapeutas. As atividades foram desenvolvidas semanalmente com dois grupos nos turnos da matutino e vespertino cada. Antes de iniciarmos as atividades, aplicamos a Escala de Oswestry The Oswestry Disabilty Index (ODI), para avaliação da intensidade da dor. Ao final do período de desenvolvimento dos exercícios com os grupos, aplicamos novamente o a Escala de ODI, a fim de avaliarmos os resultados. Para obtenção de uma compreensão mais ampliada sobre os resultados dos exercícios, perguntamos ao final do projeto aos usuários: 1- O que eles acharam dos exercícios; 2 - Como se sentiam após a realização e 3 - Como estava o seu estado de saúde atual. Por fim, solicitamos a anuência

dos participantes para o registro fotográfico e divulgação dos resultados das atividades na Mostra Aqui Tem SUS e em publicações científicas.

Ressaltamos a importância da atuação multi e interdisciplinar na saúde coletiva, onde o papel do fisioterapeuta tem sua relevância considerando que é por meio do trabalho em equipe que a saúde coletiva se materializa, respeitando a identidade cultural e social dos indivíduos na oferta dos cuidados em saúde de diferentes tipos de população.

A lombalgia ou lombociatalgia pode ser definida como dor, rigidez ou qualquer desconforto na região inferior da coluna vertebral, a qual se estende desde a última costela até a prega glútea. Os sintomas da doença incluem a própria algia[4], mas podem evoluir com parestesia e paresias, podendo causar ou não irradiação para um, ou ambos os membros inferiores. De um ponto de vista evolutivo a doença é realizada a seguinte classificação: aguda, quando dura até seis semanas; subaguda, com duração de seis a 12 semanas; e crônica, na qual a dor persiste por mais de 12 semanas (Costa, 2019).

A patologia tem uma etiologia multifatorial, e a causa em cada indivíduo é raramente identificada, porém fatores como sedentarismo, tabagismo, sexo, alto índice de massa corporal e baixa força muscular podem levar ao surgimento do quadro. No entanto, as causas mais comuns são movimentos repetitivos e extenuantes, principalmente relacionados com atividades laborais e posturas viciosas. A dor lombar também é comumente associada a quadros de hérnia de disco, onde o núcleo pulposo da vértebra infiltra a medula espinhal e gera a compressão do nervo acometido, causando quadros dolorosos que são os principais sintomas da doença (Oliveira,2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 65% da população adulta pode sofrer com episódios álgicos na região da coluna lombar, destes, 40% podem desenvolver lombalgia crônica, com quadros de dor contínuos e recorrentes que apresentam duração mínima de seis meses. Os casos crônicos podem levar a diversas alterações na funcionalidade, redução do nível de atividade e da qualidade de vida (Nascimento, 2015).

4 Dor em um órgão ou em uma região do corpo, sem apresentar lesão anatômica ou orgânica.

Com isso, os indivíduos acometidos com a lombalgia relatam, além de crises dolorosas, dificuldade para realizar suas atividades de vida diária (AVD), como carregar ou levantar pesos, efetuar tarefas domésticas, ou a manutenção de posturas (ficar em pé ou sentado) por um longo período. No curso da doença há ainda uma dificuldade de efetuar o cuidado pessoal, como tomar banho, vestir-se, pentear o cabelo, entre outros. Em casos avançados a dor pode causar também dificuldade na locomoção, causando restrições na vida social e de lazer, redução da qualidade do sono, causando impedimentos ao usuário, que se torna incapaz de exercer plenamente as tarefas do dia a dia (Medeiros, 2014).

Os casos de lombalgia são identificados inicialmente nas visitas domiciliares feitas pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), ou através de consultas rotineiras nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, após a identificação esses usuários são encaminhados para consulta com o ortopedista ou fisioterapeuta, que atuam na UBS Padre Antônio Cremer. Dos usuários encaminhados à Unidade, cerca de 70% apresentam queixas de dor lombar.

A alta prevalência de casos e seus efeitos deletérios na funcionalidade, a lombalgia é hoje uma das principais causas de absenteísmo no trabalho, e é considerada como a terceira maior causa de aposentadoria por invalidez no Brasil, acarretando custos elevados ao sistema de Seguridade Social e ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que torna a patologia um problema de saúde pública. Assim, é notória a necessidade de uma atenção cuidadosa e priorizada para os casos de lombalgia, com o intuito principal de reinserir o indivíduo em suas atividades cotidianas (Korelo *et al*.,2013).

O tratamento medicamentoso da lombalgia envolve principalmente analgésicos, sendo o paracetamol e a dipirona os mais recomendados. Ainda podem ser utilizados anti-inflamatórios e relaxantes musculares, que quando associados aos analgésicos trazem maiores benefícios, principalmente ao mitigar os quadros álgicos. Contudo, esses medicamentos podem causar

diversos efeitos adversos, tais como sonolência, tontura e constipação intestinal, o que inviabiliza a sua utilização por tempos prolongados (Brazil *et al.,* 2004).

O tratamento cirúrgico é raramente indicado e ocorre quando a dor lombar está relacionada com a hérnia de disco, e tem como objetivo o alívio rápido dos sintomas resultantes de quadros inflamatórios e da compressão nervosa, como a parestesia e a paresia. O procedimento é realizado por meio da remoção total ou parcial do disco herniado, é indicada em todos os casos que envolvam a síndrome da cauda equina, quadro onde há a compressão e inflamação dos feixes nervosos na parte inferior do canal vertebral, e quando há paralisia importante dos membros inferiores (Sussela *et al.,* 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde a sua primeira versão, esteve voltada para a promoção da expansão, qualificação e consolidação dos serviços na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse nível de atenção é composto por diferentes profissionais, inclusive o fisioterapeuta, que pode atuar de forma preventiva através de visitas domiciliares e atividades comunitárias, geralmente voltadas à educação em saúde e práticas corporais, visto que, após avaliado e liberado pelo ortopedista, o usuário pode dar continuidade ao tratamento de maneira conservadora, ou seja, sem tratamento medicamento ou intervenção cirúrgica, sendo a fisioterapia a principal indicação (Tavares, 2018).

Importante destacar que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica se deu enquanto integrante da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a partir da aprovação da portaria nº 154/2008 – GM/MS, compreendendo ações de educação em saúde e prevenção de enfermidades além da organização do fluxo e manejo dos usuários com inúmeras demandas, como reabilitação, prevenção e tratamento de doenças ocupacionais, bem como o desenvolvimento de práticas integrativas e complementares (PIC). Atualmente, o fisioterapeuta atua na atenção básica por meio das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMULTI), podendo estar inserido na eMULTI Ampliada ou eMULTI Complementar, conforme prevê a portaria GM/MS nº 635/2023.

A abordagem fisioterapêutica envolve inicialmente técnicas de analgesia, principalmente em quadros agudos e quadros álgicos não controlados. Dentre os recursos mais utilizados nos serviços de saúde do município, se encontram a termoterapia, o ultrassom terapêutico, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), liberação da fáscia muscular, alongamento, mobilização neural e a técnica da medicina tradicional chinesa denominada ventosa. Tais recursos são comprovadamente eficazes na redução da dor, apresentando poucas contraindicações e menos efeitos adversos, quando comparados com tratamento medicamentoso (Maia *et al.,* 2015).

O papel fundamental do fisioterapeuta é a reabilitação e reinserção do usuário as suas atividades de vida diária (AVD) e atividades laborais. Após a mitigação da dor é iniciada a cinesioterapia, por meio de exercícios que visem a estabilização segmentar da coluna lombar, sejam eles advindos de métodos como o pilates, yoga ou musculação. O importante é que as atividades priorizem o fortalecimento da musculatura profunda do tronco, com exercícios isométricos e de baixa intensidade. Em adição, são realizados treinos funcionais, os quais são baseados nas tarefas diárias do usuário e busca reinseri-los aos poucos e de forma controlada, às atividades cotidianas. Ademais, outro recurso importante envolve o componente cognitivo e comportamental, e ocorre através da educação contínua, ensinando ao usuário métodos e formas para alívio da dor, posturas adequadas para realização das AVD, a maneira adequada de pegar e manusear cargas e no geral técnicas que reduzam a sobrecarga na coluna lombar. Tais métodos ou exercícios têm apresentado bons resultados na literatura e são eficazes na melhora dos níveis de funcionalidade e na redução de recidivas dos quadros de dor (Aguiar, 2018).

O fisioterapeuta é um profissional capacitado para atendimento nos diferentes níveis de atenção, sendo principalmente associado ao cuidado terciário, atuando na reabilitação do indivíduo. No entanto, ele pode atuar também nos casos de prevenção. Para Silva, 2020 a intervenção no âmbito

primário deve iniciar com o componente educacional. Cerrilo (2015) criou cartilhas informativas, em que por meio de fotos demonstrava a forma correta de realizar diversas atividades presente no cotidiano, com informações voltadas à reestruturação cognitiva, reestruturação de objetivos e desvio de atenção. Ainda no âmbito preventivo é realizada a cinesioterapia, que consiste na realização de movimentos como forma de terapia, com o objetivo de alongar e fortalecer os músculos do tronco e membros inferiores, estimulando a estabilização segmentar da região lombar, o que diminui a sobrecarga na coluna. A intervenção nesses quadros pode ainda ser realizada em grupos, promovendo maior acolhimento e autonomia, gerando interações sociais, troca de experiências, e promove a atenção humanizada e integrada (Recco & Lopes, 2016).

Metodologia

O projeto teve início em novembro de 2022 e finalizou em janeiro 2023, com a avaliação dos usuários contidos na lista de espera para o atendimento fisioterapêuticos. Os resultados apresentados neste relato se baseiam no primeiro grupo criado, que contava com 23 usuários, todos advindos de encaminhamentos da atenção básica e residentes no município. O primeiro grupo teve encontros semanais, totalizando doze semanas, após o final das atividades foram realizadas novas avaliações e instituídos dois novos grupos que estão em atividade desde fevereiro de 2023, contando com dezoito usuários.

A captação inicial dos usuários ocorreu na Atenção Básica (AB), durante atendimentos realizados nas UBS do município e através das visitas feitas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Nesse primeiro contato os enfermeiros e ACS analisam a necessidade de atendimento especializado, então essa demanda é repassada aos enfermeiros e médicos da equipe de saúde da família, que após avaliação, os encaminham ao médico ortopedista e/ou ao serviço de fisioterapia, onde devido a uma alta demanda, os usuários eram colocados em uma lista de espera.

Na primeira etapa para inclusão nos grupos foi realizada a convocação dos usuários da lista com queixas e sintomas na região lombar. Posteriormente, realizamos uma triagem, com o intuito de analisar através de escalas e questionários, determinados critérios, para assim dividir os indivíduos entre aqueles que necessitavam de atendimento individual e os que podem fazer o atendimento em conjunto. Nesse segundo caso, os usuários foram divididos em dois grupos de acordo com o nível de dor e funcionalidade, principalmente na realização das AVD.

Na segunda etapa, foi realizada uma avaliação, com auxílio de um questionário elaborado pelos fisioterapeutas visando estabelecer critérios para o tratamento e era composto por perguntas sociodemográficas e relativas à patologia, tais como o tempo de duração dos sintomas, utilização de medicamentos para dor e quais os resultados que eles esperavam obter com o tratamento fisioterapêutico. Uma vez que a intensidade da dor é subjetiva, é necessário que sua avaliação possa ser quantificada, para isso foi utilizada a escala visual análoga (EVA), a qual varia de zero a 10, sendo zero a ausência de dor, pontuação de um a três, são consideradas dor leve, quatro a seis moderada e 7 a 10 dor forte (Carvalho,2006).

Na avaliação da funcionalidade foi utilizada A Escala de Oswestry [The Oswestry Disabilty Index (ODI). A escala é composta por 10 questões, e a primeira delas analisa a intensidade da dor, e as outras nove, o efeito dos quadros álgicos na realização de atividades cotidianas do indivíduo, tais como cuidado pessoal (vestir-se, tomar banho e locomoção), levantamento e manuseio de cargas com pesos variados, quantificação da dor em posições diferentes (sentado, em pé, deitado). O índice inclui ainda questões que visam analisar a qualidade do sono, vida sexual e social (Coelho *et al.,* 2008). Para melhor compreensão dos usuários a escala foi adaptada e a versão utilizada foi composta cinco questões, que avaliaram a dor, AVD e a qualidade do sono, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Estrutura do questionário Oswestry The Oswestry Disabilty Index (ODI) adaptado.

Intensidade da dor:
Sem dor
Dor leve
Dor mediana
Dor forte
Dor muito forte
Cuidados pessoais (Vestir, tomar banho):
Eu posso cuidar de mim sem dor extra
Posso me cuidar mais causa dor Por causa da dor sou lento e cuidadoso
Preciso de alguma ajuda para me cuidar
Pesos:
Posso levantar coisa pesadas sem dor
Se levantar coisas pesadas sinto dor
Só posso levantar pesos leves
Não posso levantar nem carregar nada
Andar, sentar-se, em pé:
A dor me impede de realizar longas caminhadas
A dor piora quando estou sentado por muito tempo
A dor piora quando estou em pé por muito tempo
Nenhuma das alternativas
Sono:
Meu sono não é perturbado pela dor
Às vezes meu sono é interrompido por dor
A dor me impede de dormir

Fonte: adaptado pelos autores, 2023.

Para a triagem foram chamados trinta e três usuários, dos quais 10 foram excluídos por apresentar dor intensa e grande incapacidade funcional, necessitando de um atendimento individualizado, voltando para a lista de espera com prioridade para atendimento. Assim foram incluídos nos grupos vinte e três usuários. Para esses, a intervenção iniciou com uma palestra visando explicar de forma simples

e visual, sobre a dor lombar e suas principais causas. Ainda no primeiro encontro foram ensinadas técnicas que poderiam ser utilizadas para o manejo da dor, como o uso da termoterapia e alongamentos, bem como orientações posturais na realização de atividades rotineiras como sentar-se, pegar e carregar objetos pesados, visando a redução da sobrecarga imposta à lombar.

Nos encontros seguintes, os usuários foram divididos em dois grupos. O primeiro composto por 10 usuários com nível de dor intensa e moderada e com maior déficit funcional, e o segundo composto por 13 usuários, aqueles com dor leve e pouco déficit funcional. Os atendimentos ocorreram em horários diferentes com o mesmo fisioterapeuta às quartas feiras. Com isso, diferentes exercícios foram ensinados aos participantes, mas ambos incluíam fortalecimento da musculatura profunda do tronco, visando a estabilização da coluna lombar, alongamentos para a coluna e membros inferiores e atividades funcionais, como treino de levantar-se e se deitar na cama e pega e manuseio de objetos pesados. Todas as atividades eram fotografadas e ensinadas de forma simples para que pudessem ser replicadas sem dificuldades em casa. A cada semana eram introduzidos diferentes exercícios, e os participantes eram incentivados a realizá-los em casa por mais três dias, contabilizando assim, um total de quatro dias semanais na realização dos exercícios, tendo em vista que as atividades realizadas somente em um único dia na semana teriam pouco ou nenhum resultado na dor ou funcionalidade.

As atividades ocorriam na UBS Padre Antônio Cremer, com duas horas de duração para cada grupo. Durante os encontros os usuários eram estimulados a contar suas experiências e a forma como lidavam com a dor antes e depois das atividades em grupo, sobre a execução dos exercícios passados em cada semana para que fossem replicados em casa e sobre como estavam, se obtinham melhora ou não a cada semana. O componente social, comprovado como de grande importância no tratamento da lombalgia, foi utilizado para criar um senso de pertencimento aos participantes, gerando mais acolhimento e autonomia. Para melhorar a comunicação e estimular a

realização dos exercícios semanais foi criado um grupo de WhatsApp, onde os usuários tinham contato direto com os fisioterapeutas, e suas dúvidas eram respondidas. Foi indicado ainda que os participantes enviassem fotos de quando realizavam os exercícios, para acompanhamento dos profissionais quanto a forma e postura correta, e gerar incentivo mútuo. Foi solicitado o consentimento dos participantes para a realização do registro fotográfico das atividades em grupo.

Posteriormente os encontros ocorreram semanalmente com usuários divididos em dois grupos de nove pessoas cada, que após passarem por uma avaliação inicial foram incluídos em um dos grupos, os quais se dividem de acordo com o nível de dor e funcionalidade dos seus participantes.

As atividades de cada encontro foram planejadas para incluir atividades periódicas de orientação postural, manejo da dor e o ensino de técnicas de cinesioterapia, alongamento e treinamento funcional, técnicas com resultados comprovados na literatura para melhora da dor e funcionalidade nos casos de lombalgia. Essas atividades eram feitas com a finalidade de ensinar e habilitar os usuários para que pudessem ser reproduzidas em casa, com o intuito de reinseri-los em suas AVD e possibilitar a eles a realização das atividades cotidianas sem desconforto e dor e uma maior autonomia e independência.

Promoção da saúde e qualidade de vida

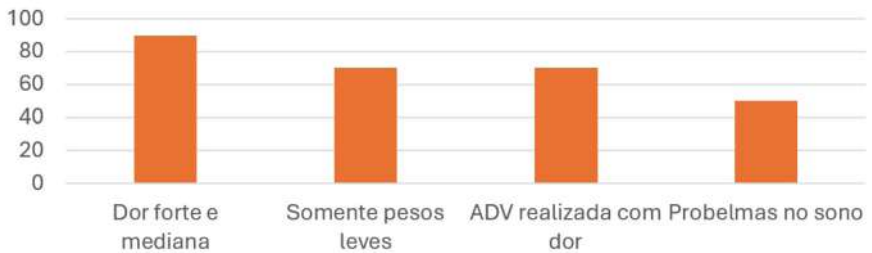
Durante a primeira avaliação, realizada pelos fisioterapeutas, observamos, pela escala visual, que 90% dos usuários que apresentaram dor forte ou mediana. Após os 12 encontros, 100% desses usuários relataram melhora nos quadros álgicos, com níveis de 0 a 3 na escala, ou seja, ausência de dor ou dor leve. Resultado semelhante foi encontrado por Calatayud (2020) que em seu protocolo envolvia três sessões semanais em grupo, durante oito semanas e utilizando exercícios isométricos e funcionais para o fortalecimento dos músculos do tronco, após os dois meses de intervenção observou-se que quando comparados ao grupo, que realizou apenas alongamentos de costa e

membros inferiores, o grupo intervenção teve melhores resultados na redução da dor, esse resultado permaneceu, mesmo depois de 100 dias após o final do estudo. Quando perguntada no último dia de atividade sobre como se sentia após os exercícios a usuária M.S. relatou:

> Eu cheguei aqui com muita dor, tomando medicamentos, atividades domésticas eu não conseguia mais fazer porque eu tinha dificuldade até de andar. Após começar a fisioterapia eu melhorei 100%, não tenho mais dores e consigo fazer qualquer atividade física e doméstica.

A aplicação do questionário e da escala de dor aconteceu antes e ao final das atividades em grupo. O gráfico 1 apresenta as queixas iniciais dos usuários antes do tratamento.

Gráfico 1. Identificação das principais queixas antes da intervenção



Fonte: Escala ODI adaptado pelos autores, 2023).

A Escala de Oswestry foi utilizada para avaliação da funcionalidade e a segunda questão avaliou as atividades de cuidado diário. Durante a avaliação inicial 70% dos usuários afirmaram poder realizar o cuidado pessoal, porém, com dor. Na avaliação final todos os indivíduos evoluíram para a ausência de dor ao realizar as AVD. Ribeiro (2015) utilizou de exercícios para estabilização segmentar baseados no método de pilates, que visa melhorar a consciência corporal e aumentar a conexão entre a mente e o corpo, e avaliou a capacidade

funcional dos usuários, obtendo melhoras significativas na execução das atividades de vida diária, resultado semelhante foi encontrado com os participantes das atividades em grupo.

A terceira questão da escala de Oswestry avaliava a capacidade de levantar pesos. Na avaliação inicial 70% afirmaram só poder levantar pesos leves e ainda assim com quadro álgico. Desses 80% relataram melhora, conseguindo levantar cargas mais pesadas. Esse resultado foi encontrado nos estudos de Lamb *et al.* (2012) e Van Erp *et al.* (2019) e foram atribuídos ao componente educacional, que também foi incluído nas atividades em grupo realizadas em Eirunepé, isso é explicado pelo ensino de posturas adequadas para realizar as AVD e para pega e manuseio de cargas, o que reduz a sobrecarga lombar, diminui a dor e permite uma maior independência ao usuário na realização das atividades cotidianas que envolvem a capacidade de levantar pesos.

A quarta e última questão da versão adaptada da escala de Oswestry avaliou a qualidade do sono. Inicialmente 40% dos usuários afirmaram que às vezes tinham o sono interrompido pela dor, e para 10% a dor impedia o sono. Após a realização das atividades 90% dos participantes relataram melhora no ciclo do sono. Há uma grande relação entre os níveis de dor e a qualidade do sono, usuários com intensidades moderadas e alta geralmente apresentam dificuldade para iniciar e manter o sono, há ainda uma relação importante entre os níveis de incapacidade, usuários com menor funcionalidade apresentam diminuição na qualidade do sono (França *et al.,* 2015). Em estudo realizado com vinte e cinco usuários com dor lombar crônica, utilizando métodos de estabilização segmentar, que envolvem o fortalecimento dos músculos abdominais e músculos da coluna lombar duas vezes por semana, durante dois meses, observou -se a diminuição da dor, melhora na capacidade funcional e na percepção da qualidade de vida, e com a melhora desses fatores houve como consequência uma redução no nível de dor (Arins *et al.,* 2016). O Gráfico 2 demonstra os resultados após os três meses de tratamento.

Gráfico 2. Resultados da avaliação do sono.

Fonte: Escala ODI adaptada pelos autores, 2023.

No questionário inicial foi relatado por todos os usuários o uso de medicamentos para dor, muitas vezes sem indicação médica. Ao final das sessões a maioria dos usuários afirmaram reduzir a quantidade ou parar completamente o uso de remédios, resultado esperado uma vez que com as atividades houve redução significativa nos quadros álgicos. Em relato no último dia de atendimento a usuária A. M., quando perguntada sobre seu estado de saúde atual, afirmou: "As sessões de fisioterapia têm me ajudado muito, porque passo muito tempo sem dor e não preciso tomar a medicação".

Figura 2. Exercício "Superman Quatro Apoios".

Fonte: SEMSA Eirunepé, 2023.

As atividades presenciais eram sempre iniciadas com uma roda de conversa, onde os usuários relatavam o estado atual e como havia sido a realização das atividades na semana, gerando assim a interação social, citada por muitos estudos como importante para a humanização e maior sensação de pertencimento dos integrantes (Recco & Lopes, 2016). O canal no *WhatsApp* também foi de suma importância para o componente social, levando a trocar experiências e incentivar a realização dos exercícios de estabilização segmentar, que envolvem o fortalecimento dos músculos abdominais e músculos da coluna lombar (apresentados nas Figuras 1 e 2), com a constância necessária para obterem os resultados esperados. Quando perguntada sobre as atividades a usuária D.L. forneceu o seguinte relato: "Eu achei maravilhoso, porque melhora. Eu passei três meses fazendo tratamento com remédio e quando comecei a levar a sério os exercícios estou cada dia melhor. Graças a Deus" (D. L.).

As respostas dos usuários comprovam os resultados analisados com as escalas, comprovando os benefícios que o "grupão de fisioterapia" promoveu na vida de seus participantes, os quais não podem ser medidos somente em números, mas também na qualidade de vida e independência ganha pelos indivíduos.

Considerações Finais

O "Grupão da fisioterapia" foi criado com o intuito de estabelecer uma rotina de cuidados para usuários com lombalgia crônica, visando a redução da sintomatologia da doença. Desde o primeiro grupo, notamos uma aceitação pela maioria dos participantes às atividades e métodos aplicados durante os encontros. Com o passar das sessões, as melhorias observadas foram notórias tanto em relação ao quadro álgico quanto na funcionalidade. Houve ainda grande redução na lista para os atendimentos de fisioterapia, reduzindo o tempo de espera dos usuários que aguardavam este serviço.

Assim, se comprova a importância do projeto não só na melhora da qualidade de vida dos munícipes, como também na eficiência do número

de usuários atendidos. Os resultados alcançados reforçam a necessidade do fisioterapeuta enquanto profissional que atua na atenção básica do SUS, com vistas a ofertar um cuidado integral à comunidade, realizando ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, reduzindo a demanda na atenção especializada, sobretudo em regiões remotas da Amazônia.

Referências

Aguiar, C., M., S. (2018). Efeito de um protocolo fisioterapêutico em pacientes com lombalgia crônica. Fisioterapia Brasil , v. 19 n. 1. https://doi.org/10.33233/fb.v19i1.2180

Arins, M. R., Murara, N., Bottamedi, X., Ramos, J. dos S., Woellner, S. S., & Soares, A. V.. (2016). Physiotherapeutic treatment Schedule for chronic low back pain: influence on pain, quality of life and functional capacity. Revista Dor, 17(3), 192–196. https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160069

Brazil, A., Ximenes, A., Radu, A., Fernades, A., Appel, C., Maçaneiro, C., Ribeiro, C., Gomes, C., Meirelles, E. et al. (2004). Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. Revista Brasileira De Reumatologia, 44(6), 419–425.

Carvalho, D. S., Kowacs, P. A. (2006). Avaliação da imensidade da dor. https://pt.scribd.com/document/152489782/Avaliacao-da-intensidade-de-dor

Catalayud, J.; González, B. G.; Andersen, L. L.; Montecinos, C. C. ; Morell, M. T.; Roldán, R.; Ezzatvar, Y.; Casaña, J. Effectiveness of a GroupBased Progressive Strength Training in Primary Care to Improve the Recurrence of Low Back Pain Exacerbations ans Function: A Randomised Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, n. 8326, 2020.

CNES (20240. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp

Coelho, R. A., Siqueira, F. B., Ferreira, P. H., & Ferreira, M. L. (2008). Responsiveness of the Brazilian-Portuguese version of the Oswestry Disability Index in subjects with low back pain. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society, 17(8), 1101–1106. https://doi.org/10.1007/s00586-008-0690-1

Costa, I. F. (2019). Intervenções de enfermagem não farmacológicas as no tratamento e controle da lombalgia crônica. Monografia. Universidade Federal do Maranhão). https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/3665

França, V. L., Koerich, M. H. A. DA L., & Nunes, G. S.. (2015). Sleep quality in patients with chronic low back pain. Fisioterapia Em Movimento, 28(4), 803–810. https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.AO17

IBGE (2022). Instituto Brasileiro de geografia e estatística. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/eirunepe/panorama

Korelo, R. I. G., Ragasson, C. A. P., Lerner, C. E., Morais, J. C. de ., Cossa, J. B. N., & Krauczuk, C.. (2013). Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. Fisioterapia Em Movimento, 26(2), 389–394. https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200016

Lamb, S. E.; Mistry, D.; LALL, R.; Hansen, Z.; Evans, D.; Whinters, E. J.; Underwood, M. R. (2012).Group cognitive behavioural interventions for low back pain in primary care: Extended followup of the Back Skills Training Trial. International Association for the Study of Pain, v. 153, n. 2, p. 494501.

Maia, F. E. DA S., Gurgel, F. F. DE A., Bezerra, J. C. L., & Bezerra, C. M. V. (2015). Perspectivas terapêuticas da fisioterapia em relação à dor lombar. Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba, 17(4), 179–184. Recuperado de https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18663

Medeiros, J., D. de, & Pinto, A., de S. (2014) Impacto social e econômico na qualidade de vida de indivíduos com lombalgia revisão sistemática (Caderno de graduação -ciências biológicas e da saúde - Alagoas). https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/1037

Nascimento, P. R. C. do., & Costa, L. O. P.. (2015). Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. Cadernos De Saúde Pública, 31(6), 1141–1156. https://doi.org/10.1590/0102-311X00046114

Oliveira, J.G., SALGUEIRO, M., M., ALFIERI, F. M. (2014). Lombalgia e estilo de vida. (HealhSci.). https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/389

Recco, R. A. C., & Lopes, S. M. B.. (2016). Sobre fisioterapia e seus recursos terapêuticos: o grupo como estratégia complementar à reabilitação. Trabalho, Educação E Saúde, 14(2), 593–610. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00115

Ribeiro, I. A., Oliveira, T. D. DE., & Blois, C. R.. (2015). Effects of Pilates and Classical Kinesiotherapy on chronic low back pain: a case study. Fisioterapia Em Movimento, 28(4), 759–765. https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.AO13

Silva, H., C., A., Santos, J., L., SANTANA, L., L., B., SIQUEIRA, M., V., R., GUEDES, L., OLIVEIRA, R., F., MARINS, L., L., M. (2020). Condutas fisioterapêuticas da lombalgia na atenção primaria a saúde revisão sistemática. Anais da XIX Mostra acadêmica do curso de fisioterapia. v. 8, n.2. https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/fisio/article

Sussela, O., A., Bittencourt, B., A., Tergolina., B., S., Ziegler, S., M. (2017) Hérnia de disco; epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. (Acta Med, porto Alegre). https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-883477

Van Erp, R. M. A.; Huijnen, I. P. J,: Jakobs, M. L. G.; Kleijnen, J.; SMEETS,R. J.M. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. Pain Practice, v. 19, n. 2, p. 224241, 2019.

Projeto papo de mãe: educação e atenção à saúde na gestação em Eirunepé, AM

Arielly Queiroz de Menezes
Liliam Rafaelle Souza da Silva
Viviane Lima Verçosa

Introdução

Um pré-natal de boa qualidade é aquele que atende as especificações do Sistema Único de Saúde (SUS) e às necessidades das usuárias, cuja relevância é desempenhar um papel na redução da mortalidade materna e riscos ao bebê, promover um desenvolvimento gravídico saudável e garantir a ambos um processo de parto seguro. Para assegurar que este atendimento de atenção e educação em saúde esteja de acordo com as determinações do SUS, necessitamos de estratégias e a participação de uma equipe multiprofissional qualificada no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Os encontros com gestantes e puérperas, realizado uma vez ao mês, idealizam a implementação e metodologia do projeto Papo de Mãe, cujo objetivo destina-se ao acompanhamento mensal das gestantes locais e ribeirinhas, a troca de experiências entre profissionais, mulheres e rede de apoio, fortalecimento das relações intersetoriais através de ações de promoção da saúde, investindo em informações que possam favorecer o aprendizado da gestante, fortalecer a corresponsabilidade na assistência pré-natal, parto e puerpério, e assim impactar positivamente os indicadores de saúde do município de Eirunepé – AM, nesta esfera de conhecimento amplo relacionados ao binômio mãe-bebê.

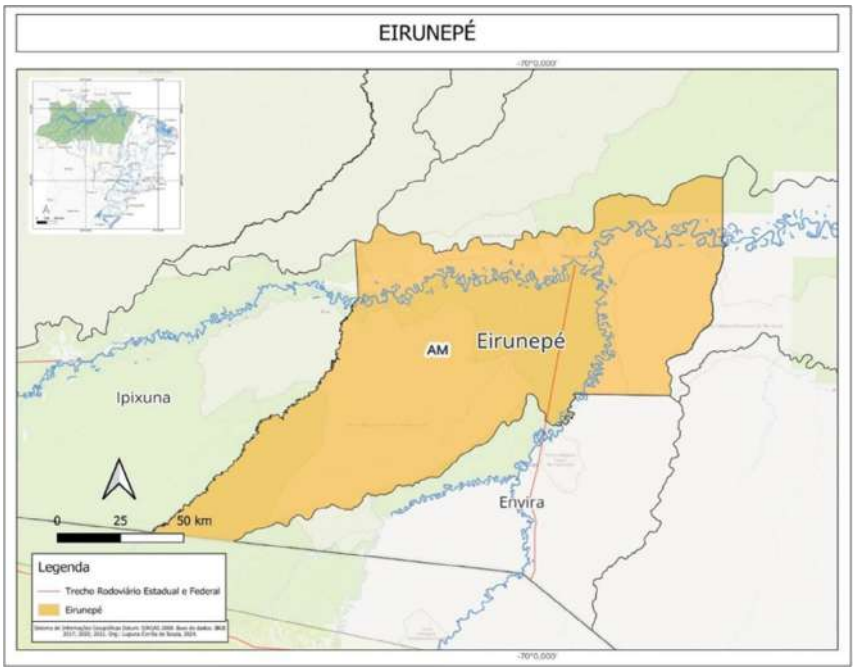
Desta forma, o projeto contribuiu para o cuidado integralizado das gestantes e puérperas, ampliando a atenção ao pré-natal e pré-natal

odontológico, o vínculo entre os profissionais de saúde e gestantes, atenção à saúde da mulher e favorece a educação popular em saúde.

Conhecendo o município de Eirunepé

Entre as curvas do Juruá na margem esquerda próximo à foz do Rio Tarauacá encontramos Eirunepé, rodeado por belezas naturais e conhecido por ter um pôr do sol sem igual, é o município mais populoso da calha do Rio Juruá no estado do Amazonas, com uma extensão territorial de 14.966,242 km², 80% da sua população se concentra na zona urbana onde tem um território de 7.226 km² e 20% da população se espalha na imensidão da zona rural, que possui aproximadamente 8.600 km² de território até seus limite geográficos com seus municípios limítrofes, totalizando aproximadamente 33.173 habitantes, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

Figura 1. Mapa de Eirunepé.



Fonte: Elaborado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

Devido a sua localização centralizada dentro da Região de Saúde do Juruá, Eirunepé se destaca como referência para os demais municípios desta localidade, a qual tem em média uma população de aproximadamente 150 mil habitantes, dentro da Macrorregião Oeste do Amazonas. Sendo o polo de referência para os municípios de Envira, Carauari, Itamarati, Ipixuna e Guajará (DataSUS, 2024). Dessa forma, o município frequentemente recebe usuários dos municípios adjacentes referenciados para os seus serviços de saúde. O que aumenta sua responsabilidade em garantir acesso e qualidade a essa população.

Localizada na calha do Rio Juruá, Eirunepé é uma das regiões com a logística mais complexa, sem rodovias e sem embarcações diárias. Segundo os dados do Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas (IDAM, 2013) o município está localizado a 1.452 km de Manaus em linha reta e, seguindo a naturalidade das região amazônica, em vias fluviais essa distância se aproxima de 3.448 Km devido às curvas dos rios até chegar a seu destino, tornando o seu acesso difícil, levando aproximadamente 3 a 4 horas de avião ou 20 a 25 dias de barco, podendo ter o número de dias de navegação maior dependendo das condições das águas dos rios, as quais podem estar no período da cheia ou da seca.

Entendendo todos esses desafios geográficos de deslocamento da população até a capital, os riscos da viagem, o desconforto fora do domicílio, a falta de familiares, a ausência de hospedagem, a falta de conhecimento sobre como chegar aos locais onde são ofertados os serviços de saúde e na maioria das vezes a ausência de recursos para o usuário se manter em outra cidade. A gestão municipal pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Eirunepé tem investido continuamente no aprimoramento e qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a ampliação de estratégias que possam aumentar as medidas preventivas contra agravos a saúde dos usuários e de promoção à saúde. Com a política de ampliação da cobertura da APS, um público que não poderia deixar de ser priorizado são as mulheres no período gestacional considerando os cuidados no pré-natal, neonatal e pós-natal,

entendendo a fragilidade desse momento para o binômio mãe-filho e todos os riscos que os cercam.

Conforme os dados das Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde, disponibilizados no Sistema do DataSUS/Tabnet (2024) referentes ao ano de 2021, o município de Eirunepé tinha aproximadamente 10.902 mulheres em idade fértil, sendo que nesse mesmo ano o número de partos de nascidos vivos foi equivalente a 728 crianças. No entanto, com o aumento populacional a estimativa municipal do número de nascidos vivos pelo Ministério da Saúde para o ano de 2023 foi de 814.

A gestão municipal vem elaborando estratégias para melhorias na organização e adequação das ofertas de serviços voltadas ao parto e ao nascimento respeitando as singularidades do cuidado integral a mãe e filho de acordo com os riscos existentes, entre eles podemos citar o investimento na unidade hospitalar com a reforma e ampliação da ala obstétrica com aumento dos leitos, berço aquecido, incubadora neonatal, implantação do serviço de fisioterapia pré e pós parto, e o pilates que é oferecido durante a gestação.

O pilates na gestação também é um serviço inovador, implementado em 2024, que atende as gestantes da zona urbana nas unidades básicas de saúde e na zona rural por intermédio da UBS Fluvial. A prática oferece benefícios fisiológicos, hormonais, proporciona um pós-parto funcional, além de obter vantagens adaptativas, bem-estar e saúde, evita intercorrências gestacionais. Os tipos de prática são determinados em conformidade com a condição física da mulher (Faria, 2022).

Uma das estratégias inovadoras é a visita guiada a maternidade na ala obstétrica do hospital municipal, essa visita conta com o apoio de profissionais da equipe E-multi e de servidores da unidade, ela é oferecida como acolhimento e conhecimento do espaço, quando ocorre uma etapa tão importante da vida, o nascimento. Com o objetivo de sanar dúvidas, orientar, e fortalecer o vínculo familiar, a visita é oferecida para a gestante e sua rede de apoio, em data e horário previamente agendados.

Na APS, além de intensificar os serviços já existentes e sensibilizar os profissionais sobre a importância da integralidade do cuidado, foi implantado o serviço de Telemonitoramento de Pré-natal de Alto Risco em áreas Remotas do Amazonas (TELEPNAR). Esta iniciativa é da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Ministério da Saúde (MS) voltado para reduzir a mortalidade materna, fetal e neonatal, através de uma tecnologia de plataforma digital criada pela equipe.

A SEMSA ainda aumentou a oferta de capacitações para os profissionais, reorganizou o fluxograma de atendimento para as grávidas e verificou que ainda estava faltando alguma coisa, uma forma de melhorar o vínculo da gestante com as equipes de saúde e o autocuidado no período gestacional com o esclarecimento de dúvidas e tabus. Assim, começaram as ideias entre os profissionais para a construção de um projeto direcionado a essas demandas.

A Importância da Assistência Gestacional

A gestação é uma vivência extremamente rica para a mulher, para a família e para a sociedade. Pressupõe uma etapa da vida onde as ações estão focadas na geração de um novo ser, onde as mudanças são significativas, de aprendizagem, (re) organização e acontecimentos que perpassam por uma transição existencial (Maldonado, 2017).

Para que este período seja vivenciado com a importância que ele possui, é preciso de toda a rede de apoio à saúde para sustentação das vivências tão particulares, complexas, subjetivas e plurais, com isso, as ações das equipes de saúde voltadas para orientação, esclarecimento de dúvidas e preparação da mulher para a gestação, parto e puerpério são fundamentalmente importantes.

É perceptível muitas fragilidades nas orientações às gestantes que ocorrem durante as consultas de pré-natal. Na maioria das vezes há percepção da existência de dúvida após os atendimentos, dúvidas essas relacionadas aos procedimentos durante o pré-parto, parto e pós-parto. Tais problemáticas podem não só ocasionar insegurança neste período de grande importância,

como podem levar a alterações na taxa de morbidade e mortalidade tanto do recém-nascido quanto das puérperas, ocasionadas pelo desconhecimento e pelo descuido, por isso, o pré-natal é relevante para a prevenção de doenças, deficiências, nascimento pré-termo e cuidado à saúde da gestante e do bebê (Bee, 1997). O atendimento e acompanhamento interdisciplinar e multiprofissional abre a possibilidade de um olhar transversal, contemplando o princípio da integralidade do cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Eirunepé, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) contam com sete equipes de estratégia saúde da família (ESF) que são compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de sete equipes de saúde bucal cada uma tendo em sua composição um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal, bem como três equipes de estratégia de saúde da família ribeirinha (eSFR) com sua composição ampliada e uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) as quais garantem a cobertura da atenção básica na zona urbana, na zona rural, ribeirinhas e águas conforme informações disponibilizadas no sistema de informação do Ministério da Saúde E-gestor Atenção Primária à Saúde (2024).

Os profissionais atuam conjuntamente com o apoio e auxílio de uma equipe Multiprofissional E-Multi do tipo ampliada compondo profissionais de outras especialidades incluindo fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, professor de educação física, farmacêutico entre outros. Diante desse cenário, julgamos necessário realizar uma ação mais impactante junto às gestantes de Eirunepé-AM, para que todas e quaisquer dúvidas sejam esclarecidas, para que tenham uma gestação tranquila e um parto humanizado, assegurando todos os direitos e cuidados das parturientes e recém-nascidos. Neste contexto, o projeto de intervenção tem importância fundamental para que as equipes das unidades básicas de saúde sintam-se motivadas frente ao projeto piloto, fazendo com que seja efetivado de forma contínua, gerando resultados positivos durante e após o período gestacional.

Desta forma, nasceu o Projeto Papo de Mãe, com o acompanhamento mensal das gestantes locais, através de ações de promoção e atenção à saúde, investindo em informações que possam favorecer o aprendizado da gestante, fortalecer a cor- responsabilidade na assistência pré-natal, parto e puerpério e garantir um pré-natal de qualidade.

Figura 2. Gestantes participantes e equipe.

Fonte: Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Eirunepé, 2024.

A Gestação do Projeto Papo de Mãe

O objetivo da implementação da proposta foi possibilitar a integração e vinculação entre gestantes e profissionais da saúde de diferentes áreas, possibilitando esclarecer as dúvidas mais frequentes das gestantes sobre a gestação, o parto e o puerpério e todas as temáticas pertinentes a estes momentos, fomentando o estímulo à gestante a realizar consultas de pré-natal mensalmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) participando de palestras com foco no apoio ao período gravídico-puerperal, dando ênfase sobre a importância do aleitamento materno e seus benefícios nutricionais e emocionais, autocuidado, compartilhamento de experiências e apoio coletivo no enxoval das gestantes vulnerabilizadas socialmente.

A etapa que antecede a inserção no Projeto Papo de Mãe parte da coleta de dados executada pela equipe, que realiza um levantamento situacional de gestantes no território, atendendo alguns critérios, tais como: gestantes de primeira viagem, no primeiro e segundo trimestre, gestantes que apresentam vulnerabilidade social, dentre outras que se encaixem neste perfil. Para coleta destas informações são utilizadas informações oriundas das consultas, na ocasião são convidadas à participação no projeto.

A proposta de intervenção do grupo operativo foi dividida da seguinte forma:

- Identificação das gestantes;
- Distribuição dos convites para participação do grupo operativo;
- Efetivação dos encontros (reuniões do grupo).

Figura 3. Roda de conversa.

Fonte: Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Eirunepé, 2024.

A Roda de Conversa é um método coletivo que consiste na criação de espaços de diálogos, em que os integrantes possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação, trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação dos conhecimentos. Após a etapa da roda de conversa, delineamos os demais encontros necessários para que as gestantes saiam dos encontros com os conhecimentos necessários para sentirem-se seguras nesta fase da vida.

Figura 4. Educação em Saúde.

Fonte: Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Eirunepé, 2024.

A etapa seguinte consiste no planejamento do grupo operativo com as enfermeiras e médicos das unidades de saúdes, aproveitando a oportunidade para esclarecimento de dúvidas e alinhamento de propósitos, quando as enfermeiras possam estar preparadas para responder questionamentos sobre os ciclos da gestação, responder às dúvidas apresentadas, parto e puerpério, disponibilizando de materiais que serão utilizados de forma lúdica na roda de conversa.

Figura 5. Entrega de Kit de enxoval.

Fonte: Assessoria de Comunicação da Prefeitura de Eirunepé, 2024.

Propondo a integração equipe e usuários, acontece sorteios de brindes e um café ao final de cada momento, buscando estímulo e motivação a mais para a participação das gestantes. Na etapa subsequente, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros convidam cada gestante, confirmando o comparecimento, explicando como serão realizados os grupos e a importância da participação de todas. Cabe aos ACS, durante as visitas de acompanhamento, a função de motivar a participação das gestantes. A última etapa é a intensificação da promoção do aleitamento materno com a realização da campanha Agosto Dourado como finalização anual do projeto onde são entregues os kits de enxoval e encerramento das atividades.

Trilhando o caminho do cuidado

A realização do projeto de atenção e educação em saúde na gestação consegue cumprir com seus objetivos, ampliando os vínculos de vivência e proporcionando maior integração entre as equipes de saúde e a comunidade, buscando promover a educação em saúde. O atendimento integral é um direito da gestante, mas na realidade nem todas as unidades de saúde veem esta demanda como essencial, garantindo apenas as consultas de pré-natal. Sendo assim, foi proposto um plano de intervenção em ações educativas para possibilitar e estimular o pensamento crítico e participação das gestantes frente ao ciclo gestacional, que tem diversos fatores que colocam em risco tanto a vida da mãe como do recém-nascido.

Esperamos que esta intervenção possa contribuir de forma que todas as gestantes saibam identificar qualquer anormalidade no pré-natal, parto e pós-parto, permitindo assim uma diminuição da morbimortalidade materno-infantil, além de promover apoio emocional a partir do compartilhamento da fala e exercício da escuta frente às situações vividas.

A relevância do coletivo e da equipe de saúde no período gravídico e puerperal e a experiência única de gestar

Destacamos o processo do compartilhamento das vivências que as gestantes realizam coletivamente entre si, através da fala e da escuta que se faz fundamentalmente importante nesta fase que carrega significativas mudanças para além das mudanças corporais, a saúde mental pode ser impactada. Outra questão é que o período gestacional seja vivido de forma subjetiva, o processo de encontro num espaço seguro, livre de julgamentos, um encontro com 'os pares', com àquelas que estão experimentando situações, sentimentos, ansiedade, dúvidas, dificuldades, alegrias e emoções diversas favorece substancialmente à saúde mental e emocional destas mulheres que fazem parte do grupo. O processo de lidar com as emoções e administrá-la ao passo que tudo que é sentido pela gestante reflete na saúde e na experiência intrauterina do bebê precisa ser considerada, isso fortalece o vínculo mãe/bebê e a empodera sobre o papel que começa a ser criado, o cuidado de uma vida para além da sua (Rosset, 2003).

Uma discussão que é relevante e que reflete no cuidado que esta mulher vai ter com a gestação, consigo, com o bebê e até posterior ao parto, é o fato de que nem toda gestação foi planejada ou desejada. Há inúmeras situações que podem acarretar dificuldades, tais como: gestação na adolescência, gestação tardia, gravidez indesejada, medo intenso das mudanças, gestação após perdas gestacionais, gestação não aceita pela família, abandono do pai do bebê, gravidez de um bebê com o gênero diferente do desejado, dificuldade no relacionamento conjugal, comprometimentos na saúde física, entre outras situações.

Muitas mulheres podem não desejar o filho, dificultando o processo de vinculação, fato que muitas vezes pode não ser verbalizado pela gestante ou pode não ser compreendido pela mesma, visto que uma mãe que "não quer" ou não aceita a gestação, pode sofrer rejeição da sociedade, mas que emerge e reflete na relação de cuidado e atenção que pode ser insuficiente. O sentimento ambivalente de desejar a vinda do bebê ou não é um fato que pode ser vivido, assim como uma mistura de sentimentos, como amor, raiva,

alegria, arrependimento, ressentimento, contentamento e descontentamento (Maldonado & Dickstein, 2010). "É tudo novo, dentro do nosso velho conhecido corpo. O casulo se formando. Tantas coisas são gestadas ali dentro! Sonhos, sentimentos. Espaços vão se abrindo. Órgãos são comprimidos. Mistura dois corpos em um" (Vilarinho, 2017, p. 31).

Outro momento de destaque é o parto, e aqui não pontuamos o grau de importância diante das fases do ciclo gravídico puerperal, pois todas têm seu grau de importância e todo um complexo de experiências. É necessário que sejam trabalhados os mitos e verdades acerca deste momento, pois a informação é a chave para mitigar o alto nível de estresse e ansiedade desencadeadas, muitas vezes, pela falta de conhecimento. Todo apoio ofertado pela equipe e amparo da família que precisa estar atenta para defender a mulher de possíveis maus-tratos e desumanização no momento de vulnerabilidade, são importantes (Gutman, 2021). Após o parto, a realidade passa a ser outra, e todas essas orientações sobre o período puerperal, amamentação, cuidados e higiene do bebê, as primeiras semanas, o primeiro ano de vida entre outras temáticas, também são trabalhadas nos encontros.

Empoderar estas grávidas e suas famílias com informações úteis para os momentos potenciais na vida da mulher e do homem, proporcionar uma escuta qualificada, afetiva e um local seguro, seguro no sentido de não julgamento frente às falas compartilhadas para que possam dividir o que sentem e o que passam, sem que se sintam tolhidas é o maior objetivo do Projeto Papo de Mãe, fomentando a saúde física, nutricional, mental e emocional, tanto da gestante como do bebê.

Referências

Amazonas (2013). Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas-IDAM. Eirunepé, aspectos físicos e geográficos. [Manaus]: Governo do Estado do Amazonas. https://www.idam.am.gov.br/municipio/eirunepe/

Bee, H. (1997). O ciclo vital. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. E-gestor Atenção Primaria a Saúde. Disponível em: https://

egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml.

Faria, G. S. (2022). Aplicação do método pilates e abordagem cinesioterapêutica em gestantes. São Paulo: Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento.

Gutman, L. (2021). A maternidade e o encontro com a própria sombra. Rio de Janeiro: BestSeller (Trabalho original publicado em 1958).

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/eirunepe.html

Maldonado, M., T. & Dickstein, J. (2010). Nós grávidos. São Paulo: Integrare Editora, 2010.

Maldonado, M. T (2017). Psicologia da gravidez: gestando pessoas para uma sociedade melhor. São Paulo: Ideias & Letras.

Rosset, S. M. (2003). Pais e filhos: uma relação delicada. Curitiba, Pr: Ed. Sol. 159.

Vilarinho, T. (2017). Mãe fora da caixa. São Paulo: Buzz Editora.

Ampliação do acesso ao tratamento de doenças crônicas da população de área remota em Humaitá/AM

Gabriela de Almeida da Silva
Cleudecir Siqueira Portela

Com o processo de envelhecimento da população é esperado que as doenças crônicas (DC) recebam maior atenção, por ser um relevante problema de saúde pública que interfere na dependência, especialmente de idosos, que estão naturalmente associados a inúmeras condições de vulnerabilidade. É possível manter uma vida satisfatória, apesar das limitações e restrições em hábitos e estilos de vida após receber um diagnóstico de doença crônica, desde que o sistema de saúde esteja pronto para atuar na prevenção, atenção e cuidados, que é considerado precário em todo o Brasil (Figueiredo, Ceccon & Figueiredo, 2021). A população que reside em área remota de Humaitá enfrenta desafios para acessar as ações e serviços de saúde, característica compartilhada entre os municípios da Região Amazônica, marcada por desmatamentos, intensa mobilidade de pessoas e mudanças decorrentes do ciclo das águas (Schweickardt, Kadri & Lima, 2019).

Para que comunidades remotas, predominantemente ribeirinhas, sejam assistidas, é necessária a implementação de políticas específicas, capazes de organizar e direcionar as equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, na busca de mitigar os inúmeros desafios, como o acesso à saúde, historicamente presente. Com políticas públicas específicas é possível avançar na oferta de acesso aos serviços de saúde, mesmo em localidades remotas, por garantir cuidados universais e equitativos (Guimarães *et al.,* 2020). É nesse cenário que a assistência farmacêutica (AF) municipal se destaca, onde sua implementação pode impactar significativamente no uso dos serviços de saúde, por influenciar diretamente na qualidade do atendimento e eficácia da terapêutica adotada. A

Atenção Primária à Saúde (APS) tem possibilitado transformações importantes da AF no SUS, por ampliar a cobertura de distribuição de medicamentos e reduzir custos (Oliveira *et al*., 2010).

A partir da compreensão dos diferentes cenários locais como únicos, impactados por mudanças extremas nos períodos de vazante e cheia dos rios, foi possível pensar em estratégias que possibilitassem aos humaitaenses acesso à AF, ultrapassando os conhecidos desafios da Região. Este capítulo apresenta a experiência de Humaitá na organização da AF municipal, que garantiu aos portadores de doenças crônicas residentes em áreas remotas o acesso seguro e eficaz aos medicamentos de uso contínuo. Apresentamos as estratégias adotadas, além de uma contextualização teórica, a partir do entendimento de que AF é uma prática essencial dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva assegurar o uso seguro e eficaz dos medicamentos.

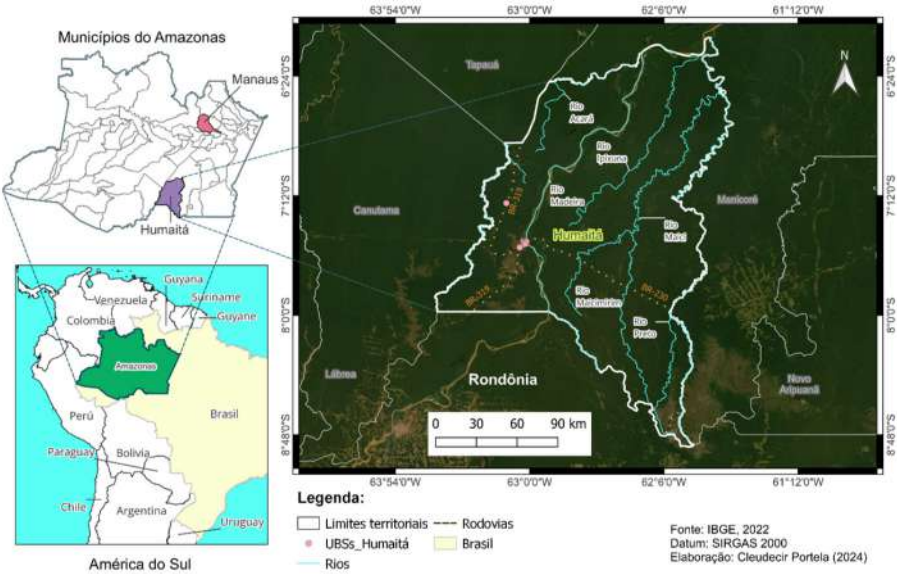
Humaitá e os principais agravos em saúde pública

Humaitá está localizado no sudeste amazônico, com área de mais de 33 mil km² e distância 600 km em linha reta de Manaus (Figura 1). Tem população estimada de 57 mil habitantes em 2022 e possui clima e características de solo comuns para as cidades da mesorregião Sul do Amazonas, propício para a agropecuária (IBGE, 2023; Martins *et al.,* 2023). Possui um dos mais importantes biomas do mundo, o Amazônico, com rica biodiversidade e importância ambiental, constituído principalmente por floresta tropical (IBF, 2020). Humaitá é um típico município da floresta amazônica, que tem quase 7 milhões de km², onde a maior biodiversidade do mundo abriga cerca de 10% de todas as espécies conhecidas no planeta, com relevante destaque para a papel essencial na regulação do clima global, com influência nos padrões de precipitação e temperatura ao redor do globo (De Negri, 2024).

Diante de tamanha singularidade, com diversidades socioespaciais característicos da região, somado a ausência de estradas, grande dispersão territorial e população agrupada em pequenas comunidades em locais de difícil

acesso, aonde se chega pela extensa rede fluvial, sem dúvida, nos leva a pensar em estratégias que possibilitem levar assistência à saúde para quem ali reside (Schweickardt *et al.,* 2019). Estimasse que 29% da população residente em Humaitá esteja em área remota, ou seja, cerca de 17 mil pessoas em área rural, que necessitam de apoio na prevenção e controle de DC (IBGE, 2010; IBGE, 2023), que se caracterizam por um conjunto de doenças de múltiplas causas e fatores de risco, com períodos longos de latência e de curso, cuja origem não infecciosa pode levar a incapacidades funcionais importantes (Brasil, 2008).

Figura 1. Localização do município de Humaitá, Amazonas.



Fonte: IBGE, 2022.

Considerando apenas as duas DC mais prevalentes no mundo, que são a hipertensão (22,1%) e a diabetes (8,8%), imaginando que cada pessoa apresente apenas uma dessas doenças, teríamos 5.253 (30,9%) humaitaenses residentes de área remota que necessitam ser acompanhados por uma equipe de saúde e tratados com medicamento (Zhou *et al.,* 2017; Ogurtsova *et al.,* 2017). Uma Atenção Primária à Saúde (APS) presente e organizada para atuar neste cenário,

exercendo os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e os derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural), transformaria a organização do cuidado e evitaria o surgimento/agravamento de muitas doenças (Starfield, 2006).

Em áreas rurais e remotas, como as encontradas em Humaitá, o SUS se faz presente através da APS, onde, quando fortalecida, consegue enfrentar iniquidades em saúde e coordenar a rede de atenção, com a oportunidade de prevenir e acompanhar os problemas de saúde. Diante dessas possibilidades, as áreas de difícil acesso são tidas como a causa do fracasso do alcance da universalidade em saúde, onde o direito à saúde a partir da centralização do cuidado na APS se mostrou incapaz de ser efetivado. É nessas áreas que a APS é o único recurso disponível, que sofre com a ausência de vínculo a uma rede regionalizada e estruturada para responder aos mais diferentes aspectos específicos dos mais variados lugares a que se vincula (Franco *et al.,* 2021). A governança municipal tem limites para realizar mudanças regionais, porém, sem maiores obstáculos, foi possível reorganizar a AF, a partir do reconhecimento do momento importante de transições que passa a população de Humaitá.

Momento de transições em contexto amazônico

Populações ribeirinhas do Amazonas convivem com a necessidade de cuidados relacionados às doenças crônicas, especialmente as não transmissíveis, por representarem a principal carga de doença (66,3%), seguido pelas doenças infecciosas (23,5%) e pelas causas externas (10,2%), isso de acordo com uma pesquisa nacional (Campolina *et al.,* 2013; Schramm *et al.,* 2004). Ampliar o acesso aos cuidados necessários, sem dúvida, pode contribuir para a melhora da qualidade de vida e, consequentemente, um envelhecimento mais saudável. Os serviços de saúde necessitam acompanhar indicadores de saúde que apontem o risco ou a necessidade de ações de prevenção e detecção precoce, para que suas consequências sejam evitadas. No Médio Amazonas, por exemplo, os principais agravos são hipertensão, obesidade e diabetes, ligadas

ao sedentarismo, tabagismo e etilismo, o que não deve ser diferente em outras regiões do Estado (Azevedo, 2017).

Humaitá, juntamente com Apuí, Borba, Manicoré e Novo Aripuanã, compõem a Região de Saúde do Rio Madeira, não dispõe de dados publicados sobre indicadores de morbidade e não há razões para acreditar que sejam diferentes das encontradas no Médio Amazonas. Também é possível perceber mudanças importantes na forma de se alimentar, onde um terço de escolares, de 13 a 18 anos, estão acima do peso ou obesos, enquanto outro terço está com o peso ideal, o que demonstra a necessidade da adoção de medidas urgentes para controlar a obesidade. É, certamente, um problema de saúde pública, que acomete ambos os sexos e com início cada vez mais precoce, pois, uma alimentação inadequada resultará em adultos doentes. É muito importante que os serviços de saúde conheçam sua população adscrita, saibam onde moram e tenham a capacidade de garantir a assistência adequada, a fim de promover saúde (Da Silva Furtado, 2022).

O modelo biomédico de atenção à saúde privilegia a doença e espera seu surgimento para que, só então, ações sejam tomadas, por vezes, tarde demais para evitar o estabelecimento e a permanência de doenças e condições crônicas (Raimundo & Da Silva, 2020). Características importantes deste modelo, onde o foco está na detecção dos sintomas e tratamento da doença já estabelecida, com ausência de priorização de ações de promoção à saúde, além de falhas graves na comunicação e articulação entre os diferentes pontos da rede de cuidados em saúde, são uma demonstração clara de que a forma de organização atual da saúde não atende às necessidades da população (Fertonani *et al.*, 2015).

A partir da década de 1960, o Brasil passa por um processo de transição demográfica e epidemiológica, em que a principal causa de morbimortalidade está relacionada às doenças crônicas. A melhoria na qualidade de vida da população será alcançada se forem tomadas ações de enfrentamento por todos os níveis de governança do SUS, sobretudo através de medidas de vigilância e controle dos principais fatores de risco, refletindo também profundas

questões sociais, como acesso desigual aos serviços de saúde, condições de vida e hábitos alimentares. Recai, em especial, aos municípios, por estarem mais próximos de sua população e conseguirem acompanhar seu cotidiano, a necessidade de planejarem ações e estratégias que integrem diferentes esforços, no sentido mais amplo, como as relacionadas à saúde da família e a assistência farmacêutica (Peixoto, 2020).

São muitos os fatores que precisam ser levados em conta ao se pensar uma política pública de saúde para a região amazônica, que vão muito além das características geográficas espaciais, devem ser observados aspectos econômicos, políticos, culturais, sociais e epidemiológicos. Em uma população onde se nasce cada vez menos e se vive cada vez mais, torna-se evidente que está passando por um momento importante de transição, é natural que as doenças crônicas estejam como foco de atenção das autoridades sanitárias (Mariosa, Dota, Gigliotti & Silva, 2015). Em vista disso, torna-se prioritário organizar estratégias e ações da AF dentro da APS para assegurar o uso seguro e eficaz dos medicamentos e impactar significativamente a saúde da população assistida (Brasil, 2009; Oliveira *et al.*, 2010).

-

Estrutura da assistência farmacêutica em Humaitá

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), em seu Artigo 6°, o Estado brasileiro tem a obrigação de assegurar serviços de saúde a toda a população, incluindo a provisão de tratamentos e fornecimento de medicamentos (Brasil, 1990). Para garantir que a população tenha acesso adequado aos medicamentos e os utilize de maneira correta, é essencial contar com serviços estruturados que proporcionem as orientações necessárias e resolvam eventuais problemas. Nesse contexto, a administração de medicamentos na rede pública de saúde representa um desafio, devido à complexidade envolvida na gestão dessa área. Diversas medidas têm sido adotadas para garantir a disponibilidade de medicamentos, sendo esta, uma estratégia crucial para a recuperação da saúde dos usuários (Dias, 2013).

A AF é uma prática essencial dentro do SUS, cujo objetivo é assegurar o uso seguro e eficaz dos medicamentos. Quando aplicada em âmbito municipal, sua implementação pode impactar significativamente a saúde da população local, influenciando diretamente a qualidade do atendimento e a eficiência dos serviços de saúde. A APS nos últimos anos, transformou a organização da AF no SUS, visando ampliar a cobertura de distribuição gratuita de medicamentos e reduzir ~~os~~ custos. Houve a necessidade de adaptação para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações de AF, garantindo, dessa forma, que a população tenha acesso aos medicamentos considerados essenciais (Oliveira *et al.,* 2010).

Para que as ações da AF sejam eficazes no atendimento às necessidades de saúde da comunidade, é fundamental que o farmacêutico possua um conhecimento abrangente da realidade local. Isso inclui não apenas a estrutura dos serviços de saúde e da assistência farmacêutica no município, mas também o funcionamento das unidades básicas de saúde. Além disso, é imprescindível que compreenda os processos de trabalho, o perfil demográfico e epidemiológico, assim como o panorama geral da saúde da população. Nesse contexto, o farmacêutico deve atuar de forma integrada à equipe de saúde, adotando uma abordagem colaborativa que assegure a inserção da assistência farmacêutica nas políticas e ações de saúde do município (Brasil, 2009).

Torna-se um desafio ainda maior integrar e qualificar equipes que atuam em comunidades dos campos, florestas e águas. Daí a importância da escolha do método, tanto para a escrita deste capítulo, quanto para a replicação da experiência aqui apresentada em outros cenários, cujo foco está no nível primário de atenção à saúde, em portadores de doença crônica residentes em áreas remotas.

A escolha do método para a observação e escrita

O diagnóstico situacional da AF em Humaitá foi o ponto de partida, que teve como objetivo conhecer e compreender a realidade da AF na APS e identificar os fatores que interferiam seu desempenho, que se tornaram o alvo das intervenções. Durante o diagnóstico, foram identificadas dificuldades que

comprometiam o acesso da população rural ao tratamento contínuo de hipertensão e diabetes, escolhidas por serem as doenças crônicas de maior importância. As questões geográficas se revelaram um obstáculo significativo para a população de área remota, onde muitas são classificadas como de difícil acesso. Essas regiões não são apenas distantes, mas também sofrem com a escassez de serviços de saúde, o que agrava ainda mais a dificuldade de acesso aos atendimentos necessários.

Para superar estes desafios, houve a necessidade de fortalecer a articulação entre a Coordenação da AF e as coordenações das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), das equipes de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e da coordenação das doenças crônicas, visando o desenvolvimento de estratégias e; ações que envolvessem esforços conjuntos para a melhoria do acesso aos medicamentos para hipertensão e diabetes.

Após a realização do diagnóstico situacional, assim, iniciou-se o processo de sensibilização dos profissionais da APS, por meio de reuniões com o objetivo de apresentar as necessidades de se realizar a qualificação e a reestruturação dos serviços da AF, visando garantir o acesso da população aos medicamentos e insumos. Nessa ocasião, a coordenação da AF propôs alternativas para mudar o cenário encontrado, como a otimização das atividades executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para as dispensações dos medicamentos aos usuários hipertensos e diabéticos que residem na sua microárea de atuação. E, com isso, a equipe reconheceu que a estratégia poderia minimizar o problema e auxiliou na criação do fluxo de trabalho.

Vivenciando a assistência farmacêutica: uma abordagem integrada ao cuidado em saúde

O município de Humaitá conta com dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Hospital de Média Complexidade, um Centro de Atenção Psicossocial, e um Centro de Especialidades (CEHUM). Na Zona Ribeirinha existem cinco Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e uma Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF). Além disso, o município possui dois distritos:

o de Realidade, situado ao longo da Rodovia BR-319, e o de Auxiliadora, localizado às margens do Rio Madeira.

As equipes de saúde são organizadas em diferentes coordenações e gerências para otimizar a gestão e o atendimento. A divisão pode incluir as seguintes coordenações: Atenção Básica, Equipe Multiprofissional, Vigilância em Saúde, Planejamento, Sistema de informação em Saúde e Assistência Farmacêutica. Cada uma dessas áreas e equipes desempenham um papel específico na estrutura de saúde, contribuindo para um sistema mais eficiente e eficaz no atendimento às necessidades da população humaitaense.

No contexto do SUS brasileiro, as eSFR desempenham a maior parte de suas atividades em UBS situadas em comunidades acessíveis apenas por via fluvial (Brasil, 2014). Para atender às comunidades dispersas, essas equipes de saúde precisam utilizar embarcações. Dessa forma, as eSFR funcionam como o ponto de entrada e acesso ao SUS na atenção primária. Cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e alguns ACS (Figura 2).

Figura 2. Profissional da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha realizando atendimento em comunidade.

Fonte: Arquivo de Ketlen Ferreira Ximenes, 2023.

As eSFR foram constituídas por profissionais de diferentes áreas para implementar a reorganização estrutural e aprimorar a descentralização dos serviços de saúde. Essas equipes asseguram o atendimento às populações em situação de vulnerabilidade, promovendo a reintegração social de indivíduos isolados devido a barreiras geográficas. As iniciativas de saúde abrangem a disseminação de informações, a promoção de medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida das comunidades ribeirinhas de Humaitá.

Desde as últimas décadas do século XX, os indicadores de atenção à saúde e farmacêutica têm se expandido em diferentes países. Esses indicadores visam, principalmente, avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. No Brasil, esse desenvolvimento tem sido impulsionado pela expansão dos serviços de saúde, pelas demandas dos usuários e pela administração, além do desenvolvimento de políticas públicas de saúde (Costa & Nascimento, 2012).

Em dezembro de 2009, durante o IV Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica em Brasília, foi apresentado o HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, uma solução tecnológica inovadora para o gerenciamento da assistência farmacêutica. O HÓRUS é disponibilizado gratuitamente para municípios e estados, mediante solicitação dos gestores de saúde locais. Desenvolvido em uma plataforma online, o software facilita a integração das informações gerenciais e assistenciais provenientes das farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico (CAF) do SUS, tanto em nível municipal quanto estadual (Dias, 2013).

O sistema integra o banco de dados nacional de atividades e serviços de AF do SUS, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 271/2013. O HÓRUS representou uma inovação tecnológica significativa ao possibilitar a administração da AF por meio de uma base nacional de dados, abrangendo ações e serviços da AF no SUS (Brasil, 2013). O município de Humaitá foi integrado ao programa QUALIFAR-SUS em 2018, com a Portaria nº 3.931, divulgada em 11 de dezembro de 2018. No entanto, o sistema HÓRUS não foi implantado na época. A partir de 2019, a gestão municipal começou a investir na AF, realizando a contratação e atualização do quadro de profissionais.

A estruturação da Assistência Farmacêutica inicialmente auxiliou na organização e normatização em nível municipal. O estabelecimento e controle dos processos de trabalho na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que permitiram direcionar os investimentos em medicamentos de forma mais eficiente. Entre os resultados alcançados, destacam-se a implantação do sistema HÓRUS, que, embora tenha sido restrita à CAF, trouxe avanços significativos para a APS, como a redução no consumo de medicamentos e a diminuição de medicamentos vencidos.

Contribuição dos agentes comunitários de saúde

Após a realização do diagnóstico situacional, observou-se que os ACS se deslocam até a sede do município para participar de capacitações, entregar relatórios, receber suprimentos e realizar outras atividades. A equipe identificou que essa estratégia poderia ajudar a resolver o problema e colaborou na criação do fluxo de trabalho.

Inicialmente, o ACS apresenta a prescrição médica e entrega à AF o formulário contendo as informações do tratamento da última prescrição (nome do medicamento, posologia, CRM do médico e endereço do usuário). A CAF separa a quantidade necessária para um tratamento de 30 a 90 dias, de acordo com o estoque disponível e as necessidades específicas de cada caso. Os medicamentos são acondicionados em embalagens individuais, com a identificação do ACS, da localidade e o nome do usuário. Em seguida, a dispensação é registrada no sistema HÓRUS. A caixa com os kits é retirada pelo ACS e encaminhada para a comunidade, onde é entregue diretamente ao usuário (Figura 3).

Figura 3. Dispensação dos medicamentos feita pelo ACS.

Fonte: Arquivo de Gabriela Silva, 2023.

O ACS desempenha um papel fundamental ao facilitar o acesso da população rural e ribeirinha aos serviços de APS, e, por consequência, ao tratamento de suas doenças crônicas. Com a implementação do novo fluxo de trabalho, que envolvem os ACS no controle e distribuição de medicamentos, foi possível organizar as atividades de forma mais eficiente, promovendo uma melhor interação entre a AF e as ESF.

Processo inovador da experiência

A interação entre as ESF, a Equipe Multiprofissional (eMult) e de outras equipes com a AF é fundamental para o sucesso das ações de saúde no município. Essa colaboração permite uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado ao usuário, garantindo que o uso de medicamentos seja seguro, adequado e alinhado às necessidades de saúde da população.

Com base nos dados dos sistemas HÓRUS e e-SUS AB, a estratégia implementada pela AF para facilitar o acesso ao tratamento medicamentoso de

usuários em áreas rurais e ribeirinhas mostrou-se bem-sucedida. Atualmente, 1.137 pessoas com hipertensão e 63 com diabetes recebem acompanhamento domiciliar da AF, em parceria com os ACS em áreas rurais. São entregues 62.250 unidades de medicamentos mensalmente a esses usuários.

Dentre as iniciativas voltadas para a melhoria das condições de saúde por meio de políticas farmacêuticas, destacamos a recente institucionalização do QUALIFAR-SUS. Este programa tem como objetivo qualificar a assistência farmacêutica no SUS, buscando aprimorar tanto a gestão quanto a qualidade dos serviços farmacêuticos. Além disso, visa promover uma abordagem mais integrada e eficaz, alinhada às necessidades de saúde da população. Sua relevância é notável, pois reconhece os medicamentos e as tecnologias como componentes essenciais para a qualificação da assistência farmacêutica, com foco no cuidado integral, na promoção da saúde e no bem-estar do cidadão (Brasil, 2017).

A estruturação da CAF e das farmácias das UBS foi realizada por meio da aquisição de computadores com acesso à internet, capacitação da equipe e implantação do sistema HÓRUS na CAF. Além disso, foram feitos investimentos na melhoria da infraestrutura física da Central de Medicamentos e das farmácias das UBS, que passaram por reformas para aprimorar o atendimento. Assim, com o fluxo estabelecido, que envolve os ACS no controle da distribuição dos medicamentos, foi possível organizar melhor o trabalho, promovendo uma interação mais eficiente entre a AF e as ESF.

No entanto, mesmo com as ações estabelecidas, ainda foi é preciso explorar alternativas para a promoção e educação em saúde, com o objetivo de aumentar a adesão terapêutica dos usuários, além de promover conhecimentos para a melhor qualidade de vida e saúde. Um ponto crucial a ser destacado é que a integração da AF nas ações e serviços da APS, que foram essenciais para ampliar e qualificar o acesso da população de áreas ribeirinhas e florestais aos medicamentos essenciais. Dessa forma, a estratégia destacada reforça a importância de priorizar o atendimento e cuidado a essas comunidades, especialmente para os usuários com doenças

crônicas, garantindo a continuidade da assistência à saúde para a população que reside em áreas remotas.

Inclusão de um apêndice

Com a implementação do fluxo, que envolve os ACS no controle da distribuição de medicamentos, foi possível organizar melhor o trabalho, promovendo uma interação mais eficaz entre a AF e as ESF. O formulário desenvolvido pela AF em parceria com o programa de doenças crônicas é uma ferramenta valiosa para o monitoramento dos usuários. A realização da capacitação inicial e as orientações mensais sobre o fluxo e o preenchimento do formulário teve como objetivo discutir e esclarecer as dúvidas dos ACS, aprimorando a dinâmica e eficiência do trabalho.

A realização da capacitação inicial e das orientações mensais sobre o fluxo e o preenchimento do formulário objetivou discutir e esclarecer as dúvidas dos ACS em relação à dinâmica de trabalho. Dessa forma, a estratégia adotada apresenta-se como uma alternativa eficaz para otimizar o acesso contínuo da população de áreas remotas aos medicamentos de uso contínuo, especialmente para hipertensão e diabetes. O formulário desenvolvido é uma ferramenta essencial para o monitoramento eficaz dos usuários (documento no Apêndice).

Considerações finais

A AF desempenha um papel fundamental na APS, significativamente para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas, e, consequentemente, de suas comunidades. Sua integração nas equipes de APS, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso, é crucial para assegurar que todos as pessoas, incluindo aqueles com doenças crônicas, tenham acesso contínuo e adequado aos medicamentos essenciais. Além disso, a colaboração com a ESF fortalece o vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde,

promovendo um cuidado mais humanizado e personalizado, centrado nas necessidades individuais dos usuários.

O profissional farmacêutico deve estar integrado à equipe de saúde, colaborando ativamente para garantir que a AF se torne uma parte essencial das políticas e ações de saúde no município. Essa colaboração é crucial para que as intervenções farmacêuticas sejam alinhadas às necessidades reais da comunidade, promovendo um cuidado centrado no usuário e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Investir na qualificação dos profissionais e na implementação de estratégias eficazes de distribuição e monitoramento dos medicamentos é essencial para melhorar a adesão ao tratamento e, consequentemente, os resultados em saúde. A continuidade dessas ações e a busca constante por novas abordagens para enfrentar os desafios do acesso aos medicamentos são vitais para o sucesso da AF na APS, garantindo que a saúde curativa e preventiva, através de educação em saúde, chegue a todas as parcelas da população, independentemente de sua localização geográfica.

Em suma, a eficácia das ações da AF depende de um conhecimento profundo do contexto local e do trabalho colaborativo dentro da equipe de saúde. O farmacêutico desempenha um papel crucial na promoção da saúde pública, sendo necessário que esteja sempre preparado para atender às demandas específicas da população que serve.

Referências

Azevedo, P. L. D. (2017). Prevalência das principais doenças crônicas não transmissíveis em populações ribeirinhas do interior do Amazonas. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Graduação em Ciências Biológicas. Tefé, Amazonas.

Brasil. (1990). 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde (MS). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS.

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, & Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/qualifar-sus/eixo-cuidado-antigo/arquivos/diretrizes-para-estruturacao-farmacias-ambito-sus.pdf/view

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Portaria Nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Portaria Nº 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, arts. 574 a 578. Brasília: Ministério da Saúde. https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.586-de-19-de-dezembro-de-2019-234651046

Campolina, A. G., Adami, F., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. Cadernos de Saúde Pública, 29, 1217-1229.

Costa, K. S., & Nascimento, J. M. (2012). Hórus: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública, 46.

Da Silva Furtado, JM (2022). Prevalência de Sobrepeso e Obesidade: Um Estudo Com Adolescentes de Uma Escola Rural Do Município de Manacapuru, Am. desleituras—Literatura Filosofia Cinema e outras artes, (10).

De Negri, F. (2024). A Pesquisa sobre Amazônia no mundo: uma análise bibliométrica. https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/13670

Dias, K. E. (2013). A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS: uma proposta de ações para auxiliar esse processo (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca). https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25688

Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. D., Biff, D., & Scherer, M. D. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 20, 1869-1878.

Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. Ciencia & saude coletiva, 26, 77-88.

Franco, C. M., Lima, J. G., & Giovanella, L. (2021). Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cadernos de Saúde Pública, 37, e00310520.

IBGE (2010). Censo Demográfico IBGE 2010. Dados populacionais dos municípios do Amazonas. https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/resultados/tabelas_pdf/total_populacao_amazonas.pdf.

IBGE. (2023). Cidades e Estados do Brasil, Humaitá [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/humaita.html.

Instituto Brasileiro de Florestas. (2020). Bioma Amazônico. https://www.ibflorestas.org.br/bioma-amazonico

Ipea. (2012). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2012 - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR/SUS). https://catalogo.ipea.gov.br/politica/624/programa-nacional-de-qualificacao-da-assistencia-farmaceuticaqualifarsus#:~:text=2%C2%BA%20O%20QUALIFAR%2DSUS%20tem,integral%2C%20segura%20respons%C3%A1vel%20e%20humanizada

Guimarães, A. F., Barbosa, V. L. M., da Silva, M. P., Alves, P. J. K., Reis, M. S., & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 11, e202000178. https://doi.org/10.5123/S2176-62232020000178

Mariosa, D. F., Dota, E. M., Gigliotti, M. D. S., & Silva, E. N. D. S. (2015). Vulnerabilidade Socioambiental, Transição Demográfica e Epidemiológica na RDS do Tupé, Manaus, Amazonas. Volume 11, Pags. 138-152.

Martins, P. A. da S. ., Querino, C. A. dos S. ., Querino, J. K. A. da S. ., Moura, M. A. L. ., Nunes, D. D. ., Machado, N. G. ., & Biudes, M. S. . (2023). Atualização do sistema de classificação climática de Köppen e Thornthwaite e Mather (1955) para o sul do Amazonas. Revista Do Departamento De Geografia, 43, e191137 . https://doi.org/10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2023.191137

Martins, S. M., Machado, G. N., Nunes, D. D., Moura, L. A. M., & Querino, S. A. C. (2023). Updating of the Köppen and Thornthwaite and Mather (1955) climate classification system for the Southern Amazonas. Revista do Departamento de Geografia, 43, Article 191137. https://doi.org/10.11606/eISSN.2236-2878.rdg.2023.191137

Ogurtsova, K., da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N. H., ... & Makaroff, L. E. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. Diabetes research and clinical practice, 128, 40-50.

Oliveira, F. C. L., Assis, A. M. M., & Barboni, R. A. (2010). Assistência Farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.15.

Peixoto, S. V. (2020). A tripla carga de agravos e os desafios para o Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(8), 2912-2912.

Raimundo, J. S., & Da Silva, R. B. (2020). Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. Revista Mosaico, 11(2), 109-116.

Schramm, J. M. D. A., Oliveira, A. F. D., Leite, I. D. C., Valente, J. G., Gadelha, Â. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9, 897-908.

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

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf.

Zhou, B., Bentham, J., Di Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., Cowan, M. J., ... & Cho, B. (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19· 1 million participants. The Lancet, 389(10064), 37-55.

Apêndice

Formulário desenvolvido pela Assistência Farmacêutica em parceria com o Programa de Doenças Crônicas.

PREFEITURA DO MUNICIPIO DE HUMAITÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA
COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (COORAF)
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF

TRATAMENTO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS - 01/2021

Agente Comunistário de Saúde (ACS):	Microárea:

Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde (Referência):

Nº	Identificação do Paciente (Nome Completo)	Nº Cartão do SUS ou Cartão Provisório SUS	Data Nascimento DD/MM/AAA	Data da Última Prescrição	Nº do CRM/UF Conselho Regional de Mecidina	Hpertensão (Preencher com X)	Diabetes tipo 1 ou 2	Não Medicamentoso (Preencher com X)	Nº de comprimidos/dia (1/2, 1,2,3,4,5 ou 6)									Insulina NPH (Unidades/dia)	Insulina Regular (Unidades/dia)	Outro Medicamentos (Preencher com X)
									Ac. acetilsalicílico 100mg	Anlodipino 5 mg	Anlodipino 10mg	Losartana 50mg	Hidroclorotiazida 25mg	Propranolol 40mg	Captopril 25mg	Glibenclamida 5mg	Metformina 850mg			
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

**Prencher nome do outro medicamento:	
Ass. Responsável pelo preenchimento:	Data da Entrega:

Centro municipal de referência ao autismo: relato de experiência do apoio às crianças e aos pais atípicos do município de Itacoatiara-AM

Michel Fabrício Pereira de Souza
Thiago Silva dos Santos
Viviane Lima Verçosa

O presente trabalho é um relato de experiência realizado com pais e profissionais do Centro Municipal de Referência ao Autismo no município de Itacoatiara-AM, surge como uma resposta às necessidades específicas das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias na região, com objetivo de fornecer apoio integral às famílias de indivíduos com TEA, abordando suas necessidades emocionais, educacionais e sociais, reduzindo o estigma promovendo a inclusão coletiva, oferecendo a assistência pelo SUS, recursos terapêuticos e educacionais personalizados, visando o desenvolvimento pleno dos usuários. Este relato de experiência destaca os esforços das redes municipal e estadual e conquistas dessa instituição no apoio aos pais atípicos, oferecendo uma visão holística sobre o que é ser uma referência no cuidado e na inclusão das pessoas com TEA.

Itacoatiara enfrenta desafios no que diz respeito ao apoio às crianças com transtorno devido à falta de recursos especializados e a necessidade de sensibilização da comunidade. O Centro Municipal de Referência ao Autismo surge como o único centro com recursos próprios do executivo como uma resposta a essas necessidades, oferecendo um ambiente acolhedor e recursos terapêuticos para indivíduos com TEA e suas famílias.

Vila Serpa e Itacoatiara - cidade da pedra pintada é inclusão

A ordenação temporal de nossa Itacoatiara passa por períodos emblemáticos até a sua nomeação de cidade. Itacoatiara é histórico, encantador e ao mesmo tempo contemporâneo com sua fundação onde passa por grandes nomes da política, religião e intendentes. A aldeia de Itacoatiara é erguida a vila, com alcunha de Serpa, nome de aurora portuguesa (Velha Serpa). Foi a terceira vila instalada no Amazonas, antecedida apenas por Borba e Barcelos. Era, então, uma das mais importantes aglomerações da região do médio baixo Amazonas (Silva, 2017). Em 25 de abril de 1874, a vila (Vila Serpa) é elevada à condição de cidade com a denominação de Itacoatiara, pela Lei Provincial n.º 283.

A cidade de Itacoatiara é conhecida como a "Cidade da Pedra Pintada", estando localizada às margens do Rio Amazonas. O município é a segundo mais populoso do estado, depois da capital Manaus, depois de Parintins. Desempenha um papel significativo tanto na economia quanto na cultura da região (IBGE, 2023).

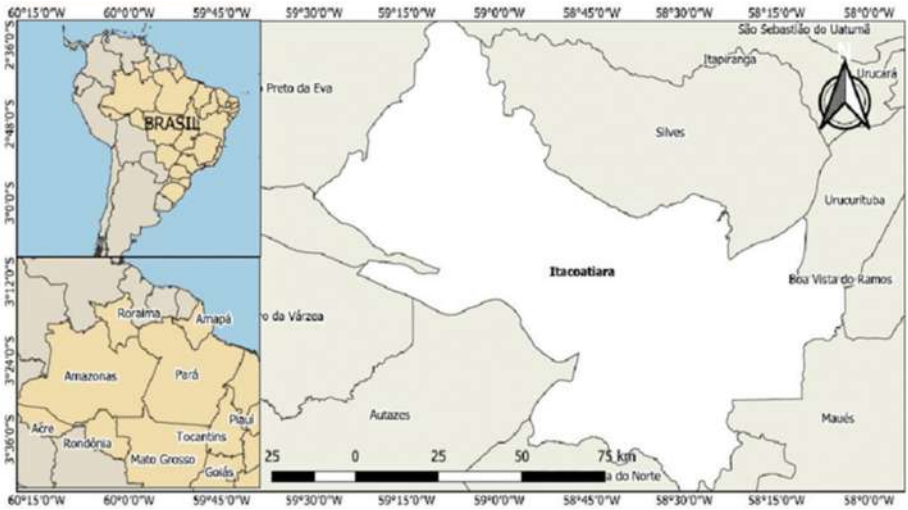
Nossa História tem origem na língua tupi e significa "pedra pintada" ou "pedra riscada" "Itacoatiara", uma referência às inscrições rupestres encontradas em formações rochosas nas proximidades da cidade, um legado deixado pelos povos indígenas que habitavam a região há séculos. A cidade foi fundada em 1683, sendo uma das mais antigas do Amazonas, e ao longo dos anos, Itacoatiara cresceu e se tornou um importante centro regional (Silva, 2013). A economia de Itacoatiara é diversificada, com destaque para a agropecuária, pesca, comércio e, mais recentemente, para a indústria. A cidade é um ponto estratégico para o escoamento de produtos agrícolas e pecuários do interior do Amazonas, devido à sua localização no Rio Amazonas e à presença de um porto fluvial que facilita o transporte de mercadorias. Além disso, a pesca e a exploração de recursos naturais também são atividades importantes para a economia local (IBGE, 2023).

Itacoatiara é uma cidade rica em cultura e tradições. O município é conhecido pelo Festival da Canção de Itacoatiara (Fecani), um dos maiores festivais de música popular do Amazonas, que atrai artistas e visitantes de todo o estado e de outras partes do Brasil. Além disso, as festas religiosas, como as celebrações de São João e a festa de Nossa Senhora do Rosário, padroeira da cidade, são eventos tradicionais que movimentam a comunidade e fortalecem os laços culturais.

O turismo em Itacoatiara é impulsionado pelas belezas naturais e pelo patrimônio histórico, as praias de água doce ao longo do Rio Amazonas, as formações rochosas com inscrições rupestres, e as trilhas ecológicas nas áreas de floresta são alguns dos atrativos turísticos da região. O ecoturismo e o turismo de aventura têm grande potencial em Itacoatiara, atraindo visitantes que buscam contato com a natureza e experiências autênticas na Amazônia.

Como outras cidades na Amazônia, Itacoatiara enfrenta desafios relacionados à infraestrutura. A cidade tem um grande potencial de crescimento, especialmente com investimentos em infraestrutura, turismo sustentável e desenvolvimento industrial. A cidade é importante para o transporte por navegação de Carga, intermunicipal, interestadual e internacional. Exceto Travessia, todo grão, óleo, farelo e insumos do campo, produzidos no centro-oeste do Brasil é escoado pelos rios Amazonas e Madeira. Começando por via terrestre, chegando à cidade de Porto Velho/RO e encaminhada a cidade de Itacoatiara e, por fim, o oceano atlântico com os navios abastecidos da produção do agronegócio.

Imagem 1. Mapa do Município de Itacoatiara.



Fonte: IBGE, 2019 e 2020

O papel do SUS no diagnóstico precoce do autismo e os avanços ao tratamento do TEA

O Ministério da Saúde aponta que os sinais do neurodesenvolvimento da criança podem ser percebidos nos primeiros meses de vida, com o diagnóstico estabelecido por volta dos 2 a 3 anos de idade. O diagnóstico de TEA é eminentemente clínico e deve ser feito por uma equipe multiprofissional. Até então, não existem marcadores biológicos e exames que confirmem todo o espectro do TEA. Então, cabe aos profissionais envolvidos um olhar sensível para observar o desenvolvimento e perceber características clínicas associadas ao TEA naquela pessoa que chega para uma confirmação diagnóstica (Brasil, 2023).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel importante no atendimento e suporte às pessoas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Brasil, especialmente para a população em vulnerabilidade social que depende dos serviços públicos. A contribuição do SUS para o autismo

abrange várias áreas essenciais, incluindo o diagnóstico, tratamento, apoio às famílias e inclusão social.

Canguilhem (2015, p. 89) afirma que a diversidade não é doença, o anormal não é patológico. [...] Mas o patológico é realmente anormal. O autismo é uma anomalia, desde que compreendido como algo que está fora dos padrões da normalidade estipulada pela sociedade tanto do ponto de vista estatístico quanto do conceito socialmente rendido de normalidade, contudo o espectro do autismo hoje faz parte da disparidade humana.

Os Desafios que o SUS enfrenta é a falta de profissionais especializados, a sobrecarga dos serviços,a necessidade de mais centros de atendimento especializados, a espera por diagnósticos e terapias,, especialmente em áreas com menos recursos, mas hoje o melhoramento do sistema mostra grandes avanços e expansão dos serviços e fortalecimento no apoio às famílias, com políticas públicas e financiamento para construções de novos centros especializados para melhorar o acesso e a qualidade nos atendimentos direcionados ao TEA.

Saúde, educação e comunidade: um diálogo necessário

Em Itacoatiara, a integração entre saúde, educação e comunidade é a chave para proporcionar um suporte abrangente e eficaz às pessoas com autismo. Reconhecemos que a colaboração entre essas três áreas é fundamental para o desenvolvimento e bem-estar dos autistas, garantindo que recebam os cuidados necessários e uma educação inclusiva e de qualidade.

A tríade saúde, escola e comunidade são interdependentes e não estão em lados opostos. Todos e cada um em seu contexto exercem funções essenciais para o desenvolvimento da criança com autismo. A comunicação é o elemento que liga cada um dos atores que compõem a tríade, havendo ruído, há prejuízos no cuidado da criança. Pensando neste aspecto, Kwant (2021) enfatiza que cada um tem uma importância no cuidado, destacando os seguintes pontos:

- Pais/responsáveis: Entende como a criança é motivada e produtiva, mas que tem a limitação de que muitas vezes não sabem como ensinar seus filhos;
- Escola: Escuta ativa sobre o que os pais têm a dizer sobre as crianças. Os professores têm as técnicas e estratégias de ensino, mas muitas vezes não conhecem os elementos motivadores das crianças, o que anima ou o que pode desestimular ou desregular a criança.
- Comunidade: É o espaço social de desenvolvimento da criança. É a comunidade local que pode, através da educação, lidar com as dificuldades e construir uma identidade coletiva, atuando como um facilitador no desenvolvimento da criança com TEA.

A comunicação entre os elementos família, escola e comunidade, quando integrados, promovem um cuidado integral a pessoa com TEA. Desta forma, a comunicação necessita ser alinhada e articulada de modo constante, tendo em vista que as necessidades da pessoa com TEA podem mudar no decorrer do tempo (Mello, 2014). Neste sentido, há de considerar que a integração da saúde e educação também se reflete no suporte oferecido às famílias. Em Itacoatiara, os pais e cuidadores têm acesso a uma rede de recursos que inclui orientação médica, terapias especializadas, apoio psicológico e programas educacionais adaptados.

O Programa de Saúde na Escola (PSE), conforme o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, foi criado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação com o objetivo de promover a saúde e a qualidade de vida dos estudantes da rede pública de ensino, contribuindo para o desenvolvimento integral dos alunos com uma visão macro, o Programa de Saúde na Escola visa promover ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes, considerando que a escola é um espaço importante para hábitos saudáveis (Brasil, 2007).

O Município de Itacoatiara trabalha amplamente o Programa Saúde na Escola (PSE), atribuída pelo Ministério da Saúde, que promove a saúde e a

cultura da paz, reforçando a Prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde por intermédio da coordenação Saúde na Escola (SEMSA) e pela Secretaria de Educação (SEMED). As escolas do município estão comprometidas conforme a Nota Técnica nº 98/2022, emitida pelo Departamento de Promoção à Saúde (DEPROS) e pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que visa fomentar indicadores de avaliação nos ciclos 2023/2024, nela aplica-se ações conjuntas de promoções de saúde e prevenção de doenças e agravos nas escolas públicas (Brasil, 2022). Com base na Nota Técnica, o Programa Saúde na Escola busca desenvolver ambientes inclusivos onde todas as crianças, incluindo aquelas com autismo, possam aprender e crescer juntas dando o apoio necessário ao Centro.

O programa educacional é adaptado para atender às necessidades individuais dos discentes autistas e não autistas, garantindo que recebam a atenção e o apoio necessário para prosperar academicamente, auxiliando também nas terapias. Professores e profissionais de vida são treinados para implementar estratégias de ensino inclusivas e para promover um ambiente de sala de aula acolhedor e compreensivo.

A união da escola pública com as demais instituições sociais e não sociais facilitará o encontro com a qualidade do ensino. A escola pública é uma instituição que tem o compromisso voltado à democratização do ensino. Democratizar o ensino é permitir a todos o acesso aos bens culturais produzidos pela humanidade (Lagar *et al.,* 2013, p. 44).

As atividades educativas são desenvolvidas a partir do cronograma anual sintetizado pela coordenação da saúde escolar (SEMSA) que realiza a busca ativa nas redes de ensino das esferas estadual e municipal e nos centros universitários de Itacoatiara, o Centro busca atuar além dos muros oferece conhecimento e, não represa conhecimentos com informações que possam contribuir no bem-estar da criança.

Imagem 2. Atividades realizadas na escola.

Fonte: Centro Municipal ao Autismo Itacoatiara, 2024.

Importância de um centro de autismo em Itacoatiara: inclusão e acesso à saúde

Um sonho começa a se realizar em oferecer acolhimento e atendimento especializado para mães atípicas na cidade de Itacoatiara. Um trabalho dedicado em proporcionar um ambiente de apoio, compreensão e solidariedade para mães que enfrentam desafios no cuidado de seus filhos. Cada mãe e cada criança são únicas, e é por isso que nosso foco foi criar um espaço onde cada família possa encontrar o suporte necessário para superar as dificuldades diárias.

A implantação do Centro deu-sepela demanda expressiva de crianças com laudos e hipóteses do transtorno encaminhadas pela coordenação de ensino de Itacoatiara, pela excrescência de discentes com características peculiares aos transtorno do espectro autista, com isso, os núcleos de estratégias da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e a Secretaria Municipal de Educação (SEMED) entenderam que implantação do Centro era necessária pela demanda de crianças não assistidas por outros profissionais habilitados a promover o bem-estar de cada uma, hoje o Centro Municipal de Referência ao Autismo de Itacoatiara é uma realidade, com recursos próprios do executivo, sendo a primeira unidade do Estado do Amazonas a ofertar atendimentos direcionados ao transtorno do Espectro Autista com adminículo da gestão municipal dos setores da atenção

básica, unidades de saúde da família, grupos escolares, associações de mães atípicas e da comunidade em geral, visando promover saúde pública de boa qualidade.

O Centro de Autismo é mais do que um local de tratamento, é um espaço de transformação e esperança. Nosso compromisso é criar um ambiente adequado e especializado para crianças e famílias que enfrentam os desafios do autismo. A equipe interdisciplinar esteve comprometida em ouvir, compreender e atender as necessidades individuais de cada mãe, oferecendo recursos onde cada profissional em sua especialidade contribui no tratamento eficaz, pois a necessidade de um trabalho macro é ofertar melhores condições de tratamento as famílias, para exemplificar, podemos mencionar o trabalho dos fonoaudiólogos, psicólogos, musicoterapeuta, fisioterapeutas e neuropediatra, para trazer reais condições saudáveis as crianças diagnosticadas com TEA.

Fidalgo (2020), salienta que cada Profissional executa suas habilidades conforme o diagnóstico da criança, perpetrando planos terapêuticos, reuniões e trocas de informações dos casos clínicos de cada profissional gerando fatores positivos nas futuras sessões, sendo assim, buscando construir uma implantação mais inclusiva e solidária.

O complexo é sistematizado em estratégias implementadas no apoio familiar, oficinas e sessões individuais com psicólogos para orientar e apoiar os pais no manejo do TEA, na capacitação de novos profissionais escolares, treinamentos e workshops para profissionais da saúde, educação e comunidade visando aprimorar suas habilidades no atendimento e acolhimento as crianças com TEA.

O propósito é desenvolver programas terapêuticos que atendam às necessidades específicas de cada indivíduo e famílias utilizamos abordagens baseadas em evidências científicas, incluindo profissionais capacitados e comprometidos com dever de cuidar, o papel de cada um é ir além do gosta de crianças, é imergir no mundo totalmente fora do seu dia a dia para promover o desenvolvimento e a independência de nossas crianças.

Em relação à atenção às famílias, reconhecemos que o autismo afeta toda a família por isso, o Centro também oferece apoio e orientação para pais

e cuidadores. Realizamos palestras informativas, grupos de apoio e sessões de aconselhamento para garantir que as famílias tenham as ferramentas e o conhecimento necessários para apoiar o desenvolvimento de seus filhos em casa e na comunidade (Machado, 2019).

Nossos valores foram guiados pelos valores de respeito, inclusão e empatia acreditando no potencial de cada criança e trabalhamos incansavelmente para criar um ambiente onde elas pudessem se desenvolver. Estamos comprometidos em promover a sensibilização sobre o autismo em nossa comunidade, combatendo estigmas e construindo uma sociedade mais inclusiva e compreensiva. No Centro, estamos transformando vidas com dedicação e atenção. Este é o começo de um sonho, e juntos, podemos fazer a diferença.

Os primeiros atendimentos e acolhimentos às mães atípicas – a telemedicina como mediadora

O TEA é uma condição descrita como um conjunto de sintomas. Os sintomas são os mais variados que podem ser relacionados a alteração sensorial, problemas na condição da comunicação verbal e não verbal, atrasos cognitivos, estereotipias, fixação em determinados objetos ou assuntos ou comportamentos obsessivos, mudanças repentinas de humor ou alta irritabilidade, entre outras comorbidades (DMS-5, 2014).

Segundo Araújo (2017), ainda não são conhecidas com exatidão as causas etiológicas que definem o autismo, no entanto hoje já temos estudos avançados que indicam que o TEA, em sua maior constituição possui causas genéticas e ambientais, onde seu neurodesenvolvimento ainda não é completamente compreendido pela ciência. A prevalência estimada do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é de um em cada 54 nascimentos (18.5 em 1.000), de acordo com um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos da América (EUA), com dados coletados em 11 áreas do país (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2020).

Entendemos atualmente que o TEA é um transtorno de Neurodesenvolvimento que engloba a forma que a pessoa percebe, interage

e lida com o mundo e as pessoas ao seu redor. Para o DSM-V os critérios que caracterizam o autismo podem ser divididos em níveis e gravidade, conhecidos como Níveis ou Níveis de suporte, sendo classificados em nível 1, nível 2 e nível 3 (DSM-5, 2014).

No Brasil, a única pesquisa epidemiológica realizada foi um estudo-piloto em 2011, que foi desenvolvido em um bairro de apenas 20 mil habitantes da cidade de Atibaia, interior de São Paulo, que resultou em 1 autista para cada 367 crianças (Paula, Ribeiro, Fombonne & Mercadante, 2011).

Desta forma, reconhecemos a importância de apoiar as mães, que desempenham um papel crucial no desenvolvimento e bem-estar de seus filhos, sendo as principais defensoras e cuidadoras. As Mães das crianças autistas nunca desistiram de um espaço para os seus filhos. Ser mãe é um papel que vem com inúmeras responsabilidades e alegrias, mas ser mãe de uma criança com autismo traz consigo um conjunto de desafios e recompensas (Smeha, 2011). Elas não apenas cuidam das necessidades diárias, mas também navegam por sistemas complexos de saúde e educação para garantir que seus filhos recebam o apoio necessário. Essas mães frequentemente se envolvem em terapias, reuniões escolares, consultas médicas e atividades de intervenção precoce, sempre buscando o melhor para seus filhos, fato que, muitas vezes, não é compreendido por seus familiares e parceiros, onde relatam o desamparo e a solidão diante da maternidade atípica (Smeha & Cezar, 2011).

Em meados de 2023, com uma alta demanda e buscas dessas mães, a equipe da SEMSA direcionou um fonoaudiólogo a uma sala do Telemedicina, onde foram iniciados os atendimentos às famílias que necessitavam apoio especializado. Em uma sala pequena, com alguns instrumentos de trabalhos (brinquedos), mães chegavam com seus filhos com diagnósticos fechados ou com encaminhamento de investigação. Acompanhadas de angústia, buscavam respostas, razões para que o filho apresentasse determinados comportamentos. Por que seus filhos eram diferentes de outras crianças? Em suas narrativas essas mães se culpavam pelo fato de seus filhos serem diagnosticados dentro do espectro autista, mostravam

desespero e fragilidade diante de uma situação, sobre a qual não possuía controle, o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Mãe como dona Joyciane[5], em apoio a outras mães, pontua: "a culpa não é nossa. É algo que simplesmente pode acontecer com qualquer família, busque apoio paralelamente e faça acompanhamento com outros profissionais, é um alicerce importante para nós mães de filhos atípicos. Precisamos nos olhares, e nos olhando internamente iremos granjear na melhora de nossos filhos".

Para dona Fernanda, mãe de uma criança autista nível 3, a calma e o controle são cruciais! "Toda angústia e aflição vai passar à medida que você começar a entender a sua criança como ela deve ser ajudada, dar a ela a devida dimensão, atenção, carinho, paciência e compreensão".

Verônica, em sua narrativa, também mostra apoio às mães que "com muita fé em nossos corações podemos nos acalmar e refletir diante das dificuldades." Com tudo isso, ela sinaliza que a esperança e a rede de apoio de todas as mães proporcionam mais tranquilidade diante dos percalços que todas passam independentemente qual seja o nível e suporte da criança. Há uma união, força e empatia entres elas, pois só elas sabem a luta de serem assistidas, cuidadas e ouvidas em uma sociedade ainda pregando passos curtos referente ao autismo (Verdi, 2003).

Imagem 3. Espaço da Telemedicina para o acolhimento e atendimento às mães atípicas

Fonte: Planejamento SEMSA Itacoatiara, 2024.

5 Os nomes são fictícios para garantir o sigilo das pessoas.

A união das mães atípicas no Centro Municipal de Referência ao Autismo em Itacoatiara, é um dos pilares que fortalece o apoio e solidariedade entre as famílias. Essas mães, que enfrentam os desafios diários de criar filhos com autismo, encontram no Centro um espaço de acolhimento, troca de experiências e fortalecimento mútuo, além do compartilhamento entre pares dos desafios vivenciados. O Centro não é apenas um lugar de atendimento especializado para as crianças, mas também um refúgio para as mães. Onde se conectam com outras mulheres que compartilham experiências semelhantes, criando uma rede de apoio que vai além do tratamento de seus filhos. Esta união é essencial para lidar com os desafios emocionais, sociais e práticos que fazem parte da vida dessas famílias.

Centro municipal de referência ao autismo: uma conquista coletiva

O Centro Municipal de Referência ao Autismo no município de Itacoatiara-AM, inaugurado no dia 25 de março de 2024 pelo Prefeito Mário Jorge Bouez Abrahim e pela Secretária Municipal de Saúde Francieli dos Santos Lima, surge como uma resposta às necessidades específicas das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e suas famílias, na região. Destacamos os esforços e conquistas desta instituição no apoio aos pais atípicos, oferecendo uma visão holística sobre o que é ser uma referência no cuidado e na inclusão das pessoas com TEA.

Neste sentido, ressaltamos a importância de fazer uma breve diferenciação entre inclusão e integração. Para Mantoan (1998), a integração representa uma introdução da pessoa ou de grupos em contextos maiores com normas mais gerais, já a inclusão possui o significado de equidade entre diferentes pessoas, ou seja, oportunidades iguais a todos. Com isso, entende-se que integrar passa a ideia de quantidade e inclusão representa a qualidade.

O Município de Itacoatiara enfrenta desafios únicos no que diz respeito ao apoio às crianças com transtorno devido à falta de recursos especializados

e à necessidade de sensibilização da comunidade. Nesse sentido, o Centro surge como o único espaço com recursos próprios do executivo como uma resposta a essas necessidades, oferecendo um ambiente acolhedor e recursos terapêuticos para indivíduos com TEA e suas famílias.

Imagem 4. Centro Municipal de Referência ao Autismo

Fonte: Centro Municipal de Referência ao Autismo Itacoatiara, 2024.

O Centro é edificado com recursos do executivo sendo a primeira unidade do Estado do Amazonas a ofertar atendimentos direcionados ao transtorno do Espectro Autista com apoio da gestão municipal e dos setores da Atenção Básica, unidades de saúde da família, grupos escolares, associações de mães atípicas e da comunidade em geral. O objetivo é atender a demanda expressiva de crianças com laudos fechados e das hipóteses do transtorno proporcionando mais esclarecimentos a comunidade onde promovam a inclusão, a troca de experiências e o desenvolvimento pessoal e social.

Toda estrutura foi arquitetada para ser um ambiente receptivo com salas climatizadas e equipadas com instrumentos emergidos em terapias e do lúdico, espaços kid, área externa onde possui um playground com brinquedos que atendam crianças cadeirantes ou com dificuldades locomotoras. Além disso, o espaço contará com ações em datas comemorativas da cidade,

proporcionando oportunidades de interação e colaboração entre sociedade, profissionais e das famílias.

O espaço desenvolve em média 700 (setecentos) atendimentos mensais com a equipe multidisciplinar conforme o prontuário eletrônico cidadão (PEC) gerenciado pelo Datasus (Brasil, 2024), todo esse complexo qualitativo é sistematizado em estratégias implementadas em programas de apoio familiar, oficinas e sessões individuais com psicólogos para orientar e apoiar os pais no manejo do TEA, na capacitação de novos profissionais, treinamentos para profissionais da saúde e da educação visando aprimorar suas habilidades no atendimento a crianças com o transtorno. Para além disso, o Centro atende nos eventos comunitários ofertando palestras, campanhas de sensibilização em datas comemorativas alusivas e eventos culturais voltados para a comunidade em geral. Estas ações visam promover a compreensão, respeito, atenção, inclusão e desmistificação sobre o do TEA. Desta forma, tencionamos a importância do Centro em atender a expressiva demanda de crianças atípicas do município de Itacoatiara.

Imagem 5. Ações realizadas na área externa do Centro Municipal de Referência ao Autismo de Itacoatiara.

Fonte: Centro Municipal ao Autismo Itacoatiara, 2024.

Esperançando em novos espaços como o centro de autismo de Itacoatiara pode contribuir

É plausível aferir os resultados da experiência aqui descrita, que agregou toda a rede de saúde, educacional e da comunidade em geral na idealização do Centro Municipal de Referência ao Autismo. Apresentam progressos significativos em diversas áreas no desenvolvimento individual de comunicação, comportamental, incluindo linguagem, habilidades sociais e autonomia.

Outro ponto importante foi o fortalecimento familiar com os pais onde relatam uma maior compreensão do TEA e uma melhora na qualidade de vida de suas famílias no pós atendimentos. Aa inclusão comunitária está mais consciente e receptiva às necessidades das pessoas com transtorno em seus espaços coletivos, promovendo um ambiente mais inclusivo e acolhedor para todos.

O Centro Municipal do Autismo se orgulha de fazer parte de uma comunidade vibrante e inclusiva. Nosso compromisso vai além do atendimento especializado; estamos ativamente envolvidos nas ações culturais e coletivas promovidas pela prefeitura de Itacoatiara, contribuindo para uma sociedade mais unida e compreensiva.

A equipe interdisciplinar entende a importância do envolvimento cultural e coletivo como uma forma de extensão natural do nosso trabalho no Centro Municipal do Autismo, acreditamos que a inclusão deve ser vivida em todos os aspectos da vida comunitária, por isso, estamos presentes em eventos, feiras, festivais e outras iniciativas culturais promovidas pela prefeitura, sempre buscando promover a integração e a conscientização sobre o autismo em uma sociedade que está em fase de adaptação mesmo em pleno século XXI.

Nosso papel nas ações da prefeitura é colaborar ativamente com o poder executivo para garantir que as crianças e suas famílias possam participar plenamente das atividades culturais. Organizamos apresentações, exposições de arte, oficinas e outras atividades que destacam os talentos e as habilidades das crianças com autismo. Nossa participação não apenas enriquece esses eventos, mas também ajuda a sensibilizar a comunidade para as questões relacionadas

ao autismo, a inclusão e a diversidade, desafiamos preconceitos e estigmas, e criamos oportunidades para que todos possam aprender e crescer juntos.

A participação ajuda a construir uma comunidade mais forte, onde todos são valorizados e respeitados. Acreditamos que a cultura e a coletividade são fundamentais para o desenvolvimento de uma sociedade inclusiva. Estamos comprometidos em continuar contribuindo para essas ações, tornando Itacoatiara um lugar melhor para todos.

A socialização é um aspecto fundamental no desenvolvimento de todas as crianças, e para as crianças com autismo, essa interação pode ter um impacto especialmente significativo. A participação em ações paralelas, onde crianças com e sem autismo interagem em atividades conjuntas, desempenha um papel crucial na promoção de habilidades sociais, compreensão mútua e inclusão. Para as crianças com autismo, a socialização em ações paralelas pode trazer benefícios emocionais significativos. Sentir-se parte de um grupo, fazer amigos e ser aceito pelos pares contribui para o aumento da autoestima e do bem-estar emocional. Essas experiências positivas reforçam a confiança das crianças com autismo em suas habilidades sociais e incentivam a participação em novas atividades e desafios.

As crianças com autismo participam em ações paralelas que são essenciais para seu desenvolvimento social, emocional e comunitário. Essas interações promovem habilidades importantes, fortalecem laços de amizade e contribuem para uma cultura de inclusão e respeito. O Centro participou do aniversário da cidade com a temática: CELEBRANDO A DIVERSIDADE: 150 ANOS DE ITACOATIARA COM INCLUSÃO E APOIO ÀS CRIANÇAS AUTISTAS, MARCO MEMORÁVEL DA NOSSA VELHA SERPA. Foi emocionante para todos os pais presentes. A EXPOTEA no aniversário de 150 anos de Itacoatiara foi um marco e oportunidade para celebrar a inclusão de nossas crianças regada com história, cultura e tradições da cidade, além de promover o intercâmbio cultural com outras crianças não atípicas.

Imagem 6. EXPOTEA 2024

Fonte: Centro Municipal de Referência ao Autismo Itacoatiara, 2024

Investir em atividades que integrem todas as crianças é um passo importante para construir uma comunidade mais forte e compreensiva, onde cada indivíduo é valorizado por suas singularidades. O empoderamento das crianças autistas pode ser uma oportunidade para se expressarem criativamente por meio da arte ao exibir suas obras em um ambiente público e receber reconhecimento pelo seu trabalho, onde elas sintam um senso de realização e pertencimento, promovendo sua autoestima e confiança. O intuito da inclusão durante o aniversário de Itacoatiara foi promover o envolvimento das famílias e da comunidade no apoio às crianças fortalecendo os vínculos familiares e comunitários oferecendo um espaço inclusivo e acolhedor para as famílias participarem juntas, e com isso, promovendo um senso de solidariedade e apoio mútuo deixando um legado de inclusão e apoio contínuo às crianças autistas. Ao promover uma cultura de aceitação e acessibilidade, esperamos que o trabalho de inclusão inspire outras iniciativas e eventos futuros que priorizem a inclusão de todas as pessoas.

Imagem 7. Participação no ITAFOLC 2024.

Fonte: Centro Municipal ao Autismo Itacoatiara, 2024.

No Festival Folclórico de Itacoatiara, o ITAFOLC 2024, o centro foi novamente inserido na participação com temática: CENTRO MUNICIPAL DE REFERÊNCIA AO AUTISMO CELEBRANDO O FOLCLORE DA INCLUSÃO REPLETO DE ATENÇÃO, AMOR, EMPATIA, MAGIA E DIVERSÃO.

Conclusão

O Centro Municipal de Referência ao Autismo em Itacoatiara desempenha um papel fundamental na promoção da inclusão e no apoio às famílias de pessoas com TEA. Apesar dos desafios enfrentados, os resultados e as experiências obtidas até o momento demonstram o impacto positivo desse trabalho, mesmo enfrentando desafios, a nossa determinação é implementar novas estratégias eficazes para promover o desenvolvimento e a inclusão. O comprometimento em oferecer um ambiente seguro, acolhedor e terapêutico para todos que buscam nosso apoio é nossa missão.

O Transtorno do Espectro Autista está presente em todas as classes sociais e independe de cor, sexo, religião. A ciência busca compreender e dar respostas às questões ainda não elucidadas, que rondam o TEA. O Centro

não é construído de tijolos, cimentos, ferros, etc., ele é todo estruturado pelos inúmeros corações das mães, sua pintura foi pincelada por esperança, amor e visibilidade e, toda energia que supre o lugar, são das mães que nos fazem acreditar que possamos sim, proporcionar uma qualidade de vida melhor aos seus filhos. Este é um espaço onde não apenas as necessidades dos autistas são atendidas, mas também em que as famílias encontram o suporte e a solidariedade que necessitam para trilhar essa jornada única e desafiadora.

As terapias e ações desenvolvidas são cuidadosamente planejadas para atender às necessidades específicas de cada criança, promovendo seu desenvolvimento e inclusão social. Sabemos que essas intervenções são cruciais para melhorar a qualidade de vida das pessoas com autismo, e por isso, trabalhamos incansavelmente para oferecer o melhor suporte possível. O amor incondicional que as famílias têm por seus filhos e a esperança de um futuro melhor são as forças motrizes que nos inspiram diariamente.

No Centro Municipal de Referência ao Autismo, acreditamos que, com amor e o esperançar, podemos superar qualquer desafio. Esses sentimentos nos motivam a continuar lutando por uma sociedade mais inclusiva, onde cada pessoa com autismo possa alcançar seu pleno potencial. Assim, concluímos esse capítulo com a certeza de que o trabalho não termina aqui. Cada dia é uma nova oportunidade para aprender, crescer e fazer a diferença na vida das crianças e famílias que atendemos. Com acolhimento, amor, empatia e esperança como nossos guias, seguimos comprometidos em construir um futuro em que o autismo seja compreendido e respeitado, em todos os espaços e por todos.

Paulo Freire (1970) nos ensinou o verbo esperançar, pois não podemos ficar numa posição passiva diante da realidade e do mundo, por isso, agiremos para imprimir novos amanhãs para transformar realidades, tornando as ausências em presenças.

Referências

AmericanPsychiatric AssociationSSOCIATION (2014). Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Araújo, L. A, Loureiro, A. A, Alves, A. M. G, Lopes, A. M. C, Barros J. C .R, Chaves, L. F, et al. (2017) Triagem precoce para Autismo/ Transtorno do Espectro Autista. Documento Científico. Belo Horizonte.

Bosa, C; Callias, M. (2000) Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens. Psicol. Reflex. Crit. V. 13 n. 1 Porto Alegre. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722000000100017&script=sci_abstract&tlng=p t>/Acesso: 04 de ago. 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Educação e do Desporto, https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/eb/programa-saude-na-escola-pse/Acesso em: 05 de ago. 2024.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária. Disponível https://linhadecuidado.saude.gov.br/portal/transorno-do-espectro-autista/deficicao-tea/.

Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 98/2022 – DEPROS/SAPS/MS, Indicadores e Padrões de Avaliação do ciclo 2023/2024, Brasília.

Brasil. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Dispõe sobre Programa na Escola – PSE com finalidade de contribuir nas ações de prevenção, promoção e atenção à saúde com estrutura em relação ao regime do Ministério da Educação. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, n. 186, 06 dez. 2007.

Canguilhem, G. (2015). O normal e o patológico. 7. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Centersof Disease Control and AND Preventions, (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. Surveillance Summaries, 69(4), 1-12. Recuperado de:https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/ss/ss6904a1.htm?s_cid=ss6904a1.

DMS-5. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ed ed. Porto Alegre: Artmed.

Freire, P. (1977). Extensão ou Comunicação? São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (1991). A Educação na Cidade. São Paulo: Cortez.

Freire, P. (1996). Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 30ªed. São Paulo: Paz e Terra.

Gadotti, M. et al. Paulo Freire: uma bibliografia. São Paulo: Cortez.

IBGE (2024). Cidade da Pedra Pintada. Disponível: cidades.ibge.gov.br/panorama/acesso em: 25 de ago.2024.

Júlio-Costa, A. & Antunes, A. M. (2017). Transtorno do Espectro Autista na Prática Clínica. São Paulo: Pearson.

Kerches, D. (2022) Autismo ao longo da vida - Livro Eletrônico / coordenadora Deborah Kerches. - São Paulo - SP, Literare Books internacional.

Kwant F. (2021). TEAcolher – Instituto Autismos Todos os direitos reservados. 1ª Edição – Editora Brilliant Mind Brasil – E-book ISBN: 978-65-594-1169-6

Lagar, F., Santana, Bárbara, B., Dutra, R. (2013). Conhecimentos Pedagógicos para Concursos Públicos. 3. ed. – Brasília: Gran Cursos.

MachadoACHADO, G. D. S. (2019). A importância da rotina para crianças autistas na Educação Básica. Revista GEPESVIDA, v. 5, n. 10. Pag. 100 – 114.

Mantoan Antoan, M. T. E. (1998). Integração X inclusão– Educação para todos. Pátio: Revista Pedagógica. Porto Alegre: Artmed, n. 5, maio/jul.

Silva, F. G. (2013). Fundação de Itacoatiara. Manaus: Editora Cultura da Amazônia, 2013. (trilogia Itacoatiara v.1).

Smeha, L. N., & Cezar, P. K. (2011). A experiência da maternidade de mães de crianças com autismo. Psicologia em Estudo, 16(1), 43-50. Disponível em:https://www.scielo.br/j/pe/a/QypM8WrpBcGX9LnwfvgqWpK/acesso: 25 de jul. 2024.

Verdi, M. T. (2003). Grupo de pais de crianças autistas: Tessitura dos vínculos. Revista da SPAGESP, 4(4), 110-114

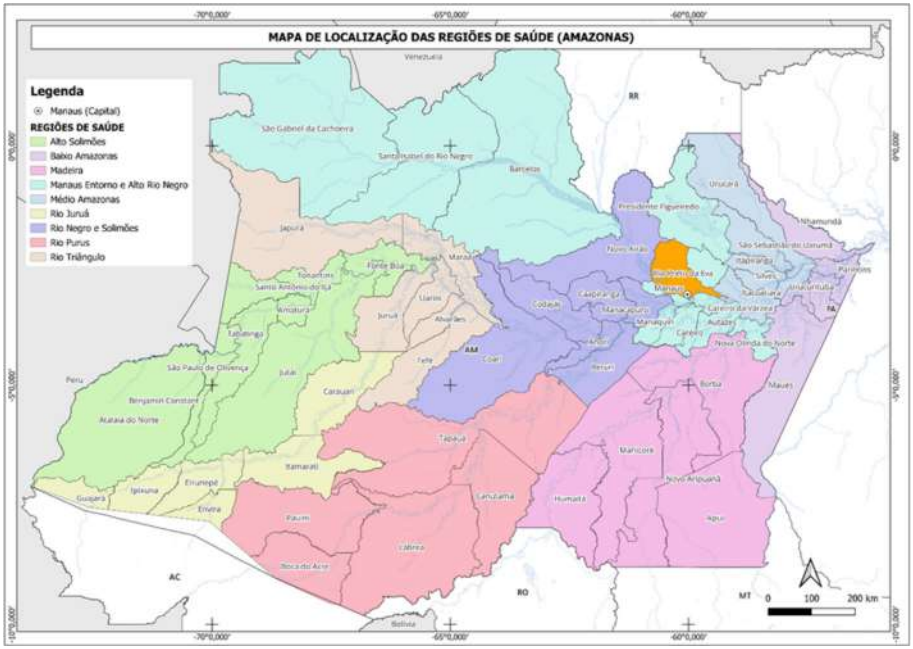
Desafios no cuidado em saúde mental de comunidades ribeirinhas: estratégias do CAPS I em Lábrea, Amazonas

Betânia Lacerda Gomes
Ingrid Lima Silva
Lupuna Corrêa de Souza

Introdução

Lábrea, localizada no sul do estado do Amazonas, está situada na Região de Saúde Rio Purus (Figura 1), destaca-se por sua vasta extensão territorial e isolamento geográfico. Situada às margens do Rio Purus e cercada por densa floresta amazônica e uma rede hidrográfica que atravessa seu território, a região apresenta características únicas que influenciam diretamente a vida de suas comunidades. A população é composta, majoritariamente por indígenas, ribeirinhos e extrativistas, tendo como atividades econômicas a pesca, agricultura de subsistência e coleta de produtos florestais. Contudo, essas comunidades enfrentam desafios significativos relacionados ao acesso a serviços básicos, especialmente à saúde, tendo a saúde mental emergindo como uma preocupação prioritária.

Figura 1. Mapa de Localização Município de Lábrea/Região de Saúde.



Fonte: organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

Nesse contexto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) Dr. Raymundo Eusébio, inaugurado em 14 de agosto de 2020, representa uma resposta estratégica à crescente demanda por cuidados em saúde mental e ao tratamento de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos municípios de Lábrea, Canutama e Pauini.

Com uma abordagem regional integrada, o CAPS I atende atualmente 1.284 usuários, oferecendo cuidados que vão além do tratamento clínico, incluindo a promoção do bem-estar integral, o fortalecimento de vínculos comunitários e a construção de projetos de vida. Esses esforços buscam humanizar o atendimento e responder às complexas necessidades da população atendida, marcadas por vulnerabilidades sociais, como pobreza, isolamento geográfico e estigmas relacionados à saúde mental.

Apesar dos esforços institucionais, os desafios enfrentados pelas comunidades ribeirinhas de Lábrea para acessar serviços de saúde, especialmente em saúde mental, permanecem significativos. A distância das áreas urbanas, a precariedade da infraestrutura e a dependência de transporte fluvial dificultam a chegada de atendimentos especializados. As condições climáticas e as variações do regime dos rios intensificam essas barreiras, especialmente durante períodos de estiagem ou cheia.

Diante dessas adversidades, a equipe do CAPS I Dr. Raymundo Eusébio desenvolveu estratégias inovadoras para expandir o alcance dos atendimentos às comunidades ribeirinhas. Nesse sentido, aqui, buscamos analisar as ações implementadas, os desafios enfrentados e os resultados alcançados, com foco nas particularidades culturais, logísticas e sociais do cuidado em saúde mental em contextos de vulnerabilidade extrema.

Desafios Geográficos, Culturais e Operacionais no Acesso aos Serviços de Saúde Mental

As comunidades ribeirinhas de Lábrea enfrentam desafios significativos no acesso aos serviços de saúde mental, sendo a distância geográfica uma das barreiras mais críticas. O deslocamento até o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) frequentemente requer jornadas longas e arriscadas, realizadas em canoas, voadeiras ou barcos, com duração de dias, dependendo das condições dos rios e do clima.

Durante o período de seca, o nível dos rios pode diminuir drasticamente, dificultando ou impossibilitando a navegação em determinadas áreas. Já na estação de cheia, as fortes correntes e o aumento do volume das águas introduzem riscos adicionais. Tais dificuldades logísticas impactam não apenas o acesso inicial ao tratamento, mas também a continuidade do cuidado, uma vez que o acompanhamento regular requer múltiplos deslocamentos, frequentemente inviáveis para os moradores.

Além das barreiras físicas, existem desafios culturais que influenciam a aceitação dos serviços de saúde mental. Em muitas dessas comunidades, a

compreensão sobre os transtornos mentais está profundamente enraizada em crenças espirituais ou tradições culturais. Nessa perspectiva, doenças mentais são frequentemente interpretadas como manifestações espirituais ou influências sobrenaturais, o que pode conflitar com os modelos clínicos adotados pelo CAPS I, gerando resistência ao tratamento. Adicionalmente, o estigma associado aos transtornos mentais persiste em muitas comunidades, inibindo a busca por auxílio e dificultando o trabalho das equipes de saúde. O desconhecimento sobre os transtornos mentais e os benefícios do tratamento agrava ainda mais esse cenário, resultando em baixa adesão aos serviços oferecidos.

Figura 2. Equipe Multidisciplinar do CAPS I em uma de suas visitas Domiciliares na comunidade Ribeirinha Praia do Gado.

Fonte: CAPS I, 2024.

Para enfrentar essas dificuldades, o atendimento realizado pelo CAPS I é adaptado às condições locais, exigindo esforços contínuos por parte das equipes. Durante os deslocamentos para as comunidades ribeirinhas, além de superarem os desafios logísticos, as equipes precisam lidar com a ausência de infraestrutura básica para atendimento (Figura 2). Muitas vezes, as ações ocorrem em escolas ou residências dos moradores, o que limita a capacidade

de oferecer um cuidado contínuo e eficaz. Isso demanda uma gestão cuidadosa, priorizando os casos mais graves ou situações de risco para atendimento inicial.

O modelo de atendimento combina visitas presenciais e estratégias de teleatendimento. As visitas são planejadas considerando as condições de navegação e a disponibilidade de recursos, permitindo diagnósticos e intervenções iniciais diretamente nas comunidades. Contudo, essas visitas são esporádicas, o que torna a continuidade do cuidado dependente de tecnologias de telemedicina ou do apoio de agentes comunitários de saúde. Apesar de promissor, o uso da telemedicina enfrenta limitações significativas devido à baixa conectividade em muitas áreas ribeirinhas, restringindo sua aplicação ampla e efetiva.

Iniciativas Inovadoras para Ampliar o Acesso aos Serviços de Saúde Mental nas Comunidades Ribeirinhas

Para superar os desafios no acesso aos serviços de saúde mental enfrentados pelas comunidades ribeirinhas, o CAPS I implementou estratégias inovadoras adaptadas às condições locais. Uma das principais iniciativas foi a capacitação intensiva dos agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam como mediadores fundamentais entre os moradores e os serviços especializados do CAPS I. Familiarizados com as particularidades culturais e sociais das comunidades, os ACS foram treinados para identificar sinais precoces de transtornos mentais e oferecer suporte inicial. Além disso, eles desempenham um papel essencial ao orientar os moradores sobre a importância do tratamento e facilitar o encaminhamento para o atendimento especializado, sempre respeitando o contexto cultural e as crenças locais.

A abordagem foi importante para ampliar o alcance dos serviços, considerando as longas distâncias e o isolamento geográfico das comunidades ribeirinhas. A presença dos agentes comunitários nas localidades permite adaptar as orientações à realidade dos moradores, reduzindo o estigma associado aos transtornos mentais e promovendo a conscientização sobre a importância do cuidado em saúde

mental. Esse trabalho fortalece os vínculos comunitários e contribui para uma maior adesão ao tratamento, promovendo inclusão social e bem-estar.

Outra estratégia importante foi a adoção de tecnologias de comunicação, como o *WhatsApp*, para contornar as barreiras físicas e garantir a continuidade do atendimento. Grupos de comunicação e contatos diretos entre profissionais do CAPS e moradores viabilizaram interações mais ágeis, possibilitando o agendamento de consultas, a resolução de dúvidas e o fornecimento de orientações sem a necessidade de deslocamento até a sede do CAPS. Essa medida tem se mostrado especialmente eficaz em regiões onde o transporte é limitado e o acesso às áreas urbanas é prejudicado por condições geográficas adversas. Apesar das limitações de infraestrutura, como conectividade instável em algumas áreas, o uso dessas ferramentas complementa o atendimento presencial, promovendo um cuidado contínuo.

Adicionalmente, o CAPS I investiu na formação de parcerias com diversas instituições, como unidades de saúde da atenção primária, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro Cidadão. A colaboração interinstitucional fortalece a rede de cuidado, integrando recursos e ampliando as possibilidades de atendimento à população. Essas parcerias permitem o planejamento e execução de ações conjuntas que combinam o atendimento clínico com atividades de promoção da saúde mental e estratégias para enfrentar vulnerabilidades sociais. A avaliação constante dessas iniciativas garante ajustes e aprimoramentos, alinhando as estratégias às necessidades locais.

A integração dessas ações – capacitação dos agentes comunitários, uso de tecnologias de comunicação e estabelecimento de parcerias estratégicas – tem permitido ao CAPS I oferecer um modelo de cuidado mais acessível e alinhado às especificidades das comunidades ribeirinhas. Por meio de soluções inovadoras e respeitando as particularidades locais, o CAPS I consolida-se como uma referência em saúde mental na região, promovendo o bem-estar dos usuários e construindo uma rede de cuidado inclusiva e humanizada.

Resultados e impactos: transformando ações em conquistas

As medidas implementadas pelo CAPS I resultaram em avanços significativos no acesso à saúde mental para as comunidades ribeirinhas, refletindo-se tanto no aumento do número de atendimentos quanto na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Essas iniciativas promoveram uma conscientização mais ampla sobre a importância da saúde mental nas comunidades, contribuindo para a redução do estigma que tradicionalmente envolve o tema. Esse progresso foi especialmente notável em áreas onde antes havia uma grande resistência ao tratamento, fruto da falta de conhecimento e da percepção equivocada sobre os transtornos mentais, frequentemente vistos através de lentes culturais ou espirituais.

Um dos nossos resultados positivos envolve o caso do senhor Alfredo, morador da comunidade ribeirinha da Praia de Lábrea. A demanda relacionada ao seu Alfredo foi encaminhada ao CAPS através do Agente Comunitário de Saúde, João. Durante uma de suas visitas domiciliares, João foi procurado pela mãe do senhor Alfredo, que relatou que ele não estava bem. Segundo ela, o senhor Alfredo havia passado vários dias sem sair do quarto, sem se alimentar, falando sozinho e demonstrando um medo excessivo. Diante da situação, a equipe do CAPS, composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicóloga e assistente social, dirigiu-se à residência do senhor Alfredo, onde realizaram atendimentos conjuntos entre o médico e a psicóloga. Na ocasião, foi prescrito um tratamento medicamentoso, além de acompanhamento psicológico.

Após um mês de tratamento, a equipe retornou à residência do senhor Alfredo e o encontrou no terreiro, envolvido em suas atividades de agricultura. Ele relatou estar se sentindo bem e ter retomado todas as suas atividades. O senhor Alfredo foi diagnosticado com esquizofrenia e continua em tratamento no CAPS I, encontrando-se estabilizado e vivendo uma vida de qualidade.

Os resultados trouxeram à tona as principais barreiras enfrentadas pelos usuários na busca por atendimento. As dificuldades de acesso geográfico

permanecem como um desafio central, dado o isolamento das comunidades, que muitas vezes só podem ser alcançadas por vias fluviais e exigem longos e perigosos deslocamentos. Essas condições tornam o acesso regular ao CAPS I uma tarefa árdua, especialmente durante os períodos de cheia ou seca dos rios. Além disso, o estigma social continua a ser um fator limitante, com muitas pessoas ainda relutantes em buscar ajuda devido à vergonha ou ao medo de serem marginalizadas. A falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis também impede que parte da população reconheça a importância de procurar assistência especializada.

Diante dessas dificuldades, o CAPS I adotou estratégias para contornar os obstáculos. Entre as principais ações estão as campanhas de sensibilização e educação comunitária, realizadas tanto por meio de visitas presenciais quanto pelo uso de tecnologias de comunicação, como o WhatsApp. Essas campanhas têm o objetivo de esclarecer a população sobre o que são os transtornos mentais, desmistificar o tratamento e informar sobre os serviços oferecidos. Paralelamente, o estabelecimento de parcerias com outras instituições locais, como escolas, associações comunitárias e órgãos de saúde, foi essencial para fortalecer a rede de apoio e expandir o alcance dos atendimentos. Essas colaborações possibilitaram um trabalho mais integrado e eficaz, ampliando os recursos disponíveis e potencializando as ações voltadas ao bem-estar mental das comunidades ribeirinhas.

As medidas adotadas pelo CAPS I demonstraram que, apesar das adversidades, é possível avançar na promoção da saúde mental em contextos de difícil acesso, desde que se leve em consideração as realidades locais e se trabalhe de forma colaborativa e sensível às particularidades culturais e geográficas das populações atendidas.

Considerações Finais

A partir da prática é possível inferir que o acesso aos serviços de saúde mental oferecidos pelo CAPS I em Lábrea enfrenta desafios complexos e persistentes, especialmente em razão das barreiras geográficas, culturais

e estruturais presentes na região. A localização remota das comunidades ribeirinhas, combinada com a escassez de meios de transporte adequados e a falta de infraestrutura, limita significativamente a regularidade e a abrangência do atendimento. Além disso, o estigma social relacionado aos transtornos mentais e a falta de compreensão sobre a importância do tratamento ainda dificultam a busca por ajuda e a adesão dos usuários às terapias propostas.

Apesar dessas adversidades, o CAPS I tem implementado uma série de estratégias eficazes para superar essas barreiras e ampliar o acesso à saúde mental. A capacitação dos agentes comunitários de saúde, que atuam como mediadores entre o CAPS e as comunidades, foi fundamental para adaptar o atendimento às realidades locais. Esses agentes, por estarem inseridos nas comunidades e compreenderem suas dinâmicas sociais e culturais, desempenham um papel relevante na identificação precoce de casos e no encaminhamento para tratamento, além de atuarem na conscientização e na redução do estigma. Complementarmente, o uso de tecnologias como o WhatsApp possibilitou a criação de canais de comunicação diretos e acessíveis, permitindo que orientações, agendamentos e acompanhamentos sejam realizados mesmo à distância, o que é essencial em uma região com tantas limitações logísticas.

Reconhecemos que ainda há muito a ser feito para garantir que todas as pessoas, independentemente de onde vivam, tenham acesso a um atendimento de saúde mental de qualidade e de forma contínua. O fortalecimento dessas estratégias, combinado com investimentos em políticas públicas direcionadas, é fundamental para promover um acesso mais equitativo e inclusivo aos serviços de saúde mental na região. É preciso avançar no desenvolvimento de iniciativas que considerem as especificidades culturais das comunidades, ampliem a infraestrutura de atendimento e, sobretudo, consolidem uma rede de apoio integrada, que envolva não apenas o CAPS I, mas também outras instituições locais e regionais. Com essas ações, será possível não apenas melhorar o acesso aos serviços, mas também garantir que esse cuidado seja contínuo, efetivo e respeitoso às singularidades de cada comunidade.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 14 de agosto de 2024, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2012.pdf.

CAPS I Dr. Raymundo Eusébio. (2024a). Histórico do CAPS. Lábrea, Amazonas. [Documento interno].

CAPS I Dr. Raymundo Eusébio. (2024b). Prontuário do paciente Alfredo. Lábrea, Amazonas. [Documento interno].

Gomes, B. L., Silva, I. L., & Bonates, C. (2024). Desafios no cuidado em saúde mental de comunidades ribeirinhas: estratégias do CAPS I/Lábrea – AM.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Censo Demográfico 2020: Resultados Gerais da Amazônia Legal. Brasília: IBGE.

Organização Mundial da Saúde. (2014). Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo. Genebra: OMS. Recuperado em 19 de agosto de 2024, de https://www.who.int/mental_health/world-report/en/.

Ribeiro, P. S. O. (2015). Saúde Mental na Amazônia: desafios e perspectivas. Manaus: EDUA.

Santos, I. E. dos. (2019). O cuidado em saúde mental nas comunidades ribeirinhas do Amazonas. Revista Brasileira de Saúde Mental, 7(2), 45–60.

Inovação no combate da tuberculose: tecnologia auxilia na identificação de usuários com falha no seguimento do tratamento em Manaus, AM

Adriane Farias Valentin
Eliane Nogueira Campos
Elson Pessoa Vasques
Jacó Miranda dos Santos

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, capaz de afetar todos os órgãos do corpo, sendo o pulmão e a laringe os mais comumente atingidos. Altamente contagiosa, a TB continua a ser uma das principais causas de morte por doenças infecciosas em todo o mundo, segundo a Organização Panamericana de Saúde OPAS (OPAS, 2020).

A OMS enfatiza que, para atingir as metas de redução da incidência e mortalidade por TB, é essencial implementar ações simultâneas, incluindo o tratamento precoce e adequado da TB pulmonar ativa e a identificação e tratamento da Infecção Latente da Tuberculose (ILTB). Essas ações são fundamentais para reduzir o risco de desenvolvimento da TB ativa e, consequentemente, interromper a cadeia de transmissão (OMS, 2017).

O Brasil, como signatário dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), assumiu o compromisso de erradicar as epidemias causadas por doenças negligenciadas, incluindo a TB, até 2030. Com o objetivo de alcançar essa meta, o Ministério da Saúde (MS) lançou uma versão atualizada para implementar a segunda fase Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (PNCT), que abrange o período de 2021-

2025 e atualiza as diretrizes para que os municípios desenvolvam ações mais eficazes de monitoramento e controle da doença (Brasil, 2021).

O PNCT é estruturado em três pilares fundamentais para o sucesso das intervenções: i) Prevenção e cuidado integrado centrado na pessoa com TB; ii) Políticas arrojadas e sistema de apoio e; iii) Intensificação da pesquisa e inovação. Dentre as estratégias desses pilares podemos destacar diagnóstico e tratamento oportuno visando a integralidade do cuidado, ações voltadas para a populações mais vulneráveis, fortalecimento da vigilância e o monitoramento e avaliação das ações definidas para o enfrentamento da doença bem como a incorporação de tecnologias e iniciativas inovadoras (Brasil, 2021).

O processo identificação, tratamento e monitoramento de casos de tuberculose deve ser conduzido na Atenção Primária à Saúde (APS), que desempenha um papel vital para o alcance dos ODS e do PNCT. O cenário epidemiológico atual revela que, a cada segundo, uma pessoa é infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Entre os mais de oito bilhões de habitantes do planeta, estima-se que 1,7 bilhões de pessoas tenham infecção latente, das quais cerca de 10 milhões podem desenvolver TB ativa (OMS,2023).

A TB é uma doença de notificação compulsória que utiliza formulário específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para informar as autoridades sanitária um novo caso detectado. O SINAN é um sistema de vigilância epidemiológica que coleta, armazena e proporciona a análise dados sobre agravos e doenças de notificação compulsória, incluindo a tuberculose. É utilizado para o monitoramento dos casos de TB, desde a notificação inicial até o encerramento do caso e apoia indiretamente a aquisição de insumos e medicamentos (Rocha *et al.*,2020). Outro sistema de informação que muitos municípios usam é o Prontuário Eletrônico, seja o Prontuário Eletrônico do Cidadão (e-SUS APS) ou outro tipo de prontuários eletrônico que, embora registre dados individualizados dos atendimentos, carece de estrutura específica para a gestão do cuidado dessas pessoas com TB.

O SINAN e o e-SUS APS são sistemas distintos utilizados em todo território nacional para a gestão de informações em saúde, e cada um deles desempenha um papel específico no monitoramento e controle da tuberculose, entretanto, ambos não se conectam, deveriam ser complementares para que houvesse integralidade no atendimento, porém há dispersão das informações entre esses sistemas o que compromete a gestão do cuidado e o monitoramento dos casos, dificultando a identificação de fragilidades no processo de trabalho e a tomada de decisões oportunas.

O monitoramento do usuário com TB é crucial para garantir o sucesso do tratamento, prevenir a transmissão da doença quebrando a cadeia de transmissão, bem como evitar o surgimento de cepas resistentes, e assegurar o bem-estar do usuário. É peça central na estratégia global de controle da tuberculose e na proteção da saúde pública. Para um controle eficaz da TB, é importante que ambos os sistemas sejam utilizados de forma complementar, garantindo a integração e a interoperabilidade dos dados.

No início de 2023, Manaus implementou e institucionalizou o iTB®, uma ferramenta tecnológica desenvolvida pela própria Secretaria de Saúde com o objetivo de integrar dados dos sistemas PEC e-SUS APS e SINAN. O iTB é uma ferramenta semiautomatizada e visa otimizar o processo de trabalho, dinamizar o monitoramento e subsidiar a tomada de decisão, possibilitando o acompanhamento completo integral e individualizado da pessoa em tratamento de TB e de seus contatos. A ferramenta possui oito módulos: Fichas de TB; Fichas Registradas; Monitoramento; Contatos; Alertas; Relatório de casos; Estatísticas (Manaus, 2023).

Diante deste cenário, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência do município de Manaus no uso do módulo Alertas para a identificação oportuna dos usuários com falha no seguimento do tratamento da TB.

Módulo Alertas

O módulo Alertas, inserido no sistema iTB®, foi desenvolvido para auxiliar os profissionais de saúde no monitoramento da adesão aos procedimentos

mínimos necessários para a controle da TB, como consultas periódicas, realização de exame de HIV no primeiro mês de tratamento e o acompanhamento das baciloscopias de controle mensais, bem como subsidiar as ações de busca ativa. A vigilância contínua desses procedimentos é crucial para identificar alterações precoce e garantir um tratamento adequado, individualizado e que fortaleça o vínculo com o serviço de saúde e a adesão ao tratamento.

Na figura 1, tela de visualização do módulo alertas, observa-se na parte superior da tela a disposição de botões rotulados Excel, CVC, Print e PDF que possibilitam ao usuário do sistema baixar as informações apresentas no formato desejado. Logo abaixo, visualiza-se um quadro que disponibiliza dados de todos os usuários com falha no seguimento do tratamento. Esse quadro é composto pelas seguintes variáveis: ordem, CNS/CPF, nome do usuário, distrito, unidade de tratamento atual, consultas, teste de HIV e BAAR controle.

Para identificar os usuários com falhas no seguimento do tratamento, o módulo Alertas utiliza três critérios, sendo eles:

Paciente com consulta de acompanhamento em atraso: o módulo Alertas identifica o usuário no 16º dia sem consulta e emite o alerta, seguindo o protocolo estabelecido pela SEMSA Manaus de consultas quinzenais;

Ausência de teste HIV: o alerta é emitido quando, a partir da segunda consulta, o registro do exame de HIV não é encontrado no PEC eSUS APS, levando em consideração ao protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde de realização preferencial do teste no primeiro mês de tratamento;

Ausência de BAAR controle: ocorre quando não há no PEC eSUS APS o registro do resultado do exame referente ao mês de tratamento seguindo o preconizado pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose que determina a realização do exame de baciloscopia mensal para avaliar a efetividade do tratamento.

Figura 1. Tela de visualização do módulo Alertas.

Fonte: SEMSA Manaus, 2024.

Cada falha é sinalizada por um ícone de cor vermelha, no caso de falha na consulta de acompanhamento o ícone é substituído pela sinalização dos dias em atraso destacado com vermelho. Caso um dos três segmentos do tratamento não apresentem falha o ícone verde é sinalizado (Figura 1).

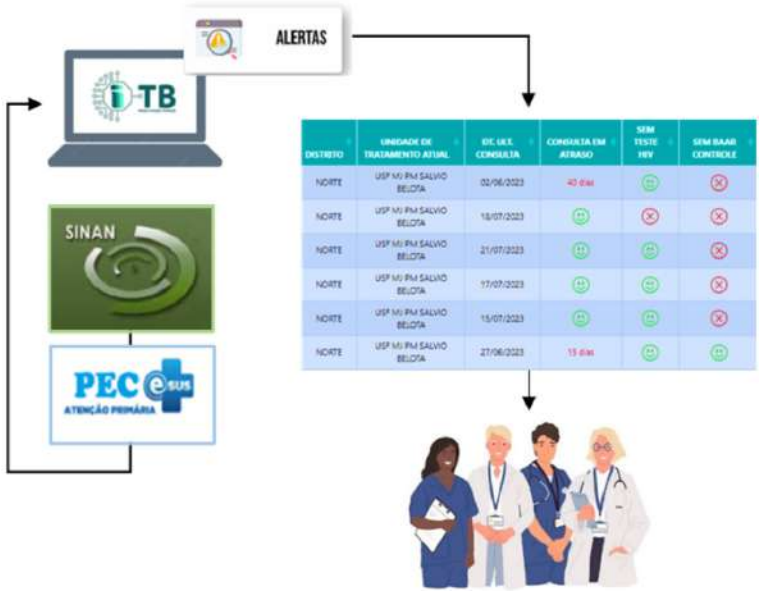
Ao longo de todo o tratamento, um usuário pode receber 1 ou 3 alertas no mês ou nenhum. Considerando o protocolo, os alertas de consulta e de baciloscopia são muito mais frequentes de observar, pois eles são avaliados mensalmente e mesmo que tenha sido corrigido a situação do mês anterior, pode entrar novamente em alerta no mês seguinte se ocorrer um novo atraso. Vale ressaltar que o ciclo de mês de monitoramento depende da data de início do tratamento para TB. Quanto ao exame de HIV uma vez corrigido não haverá mais alerta a respeito, pois apenas um exame pode ser considerado como satisfatório para o plano de atendimento.

Destaca-se também que o quantitativo de alertas emitidos está diretamente relacionado a demora do profissional de saúde em solucioná-los, uma vez que o módulo só deixa de emitir alertas quando o profissional de saúde resolve a fragilidade no seguimento do tratamento indicada. Caso contrário, um mesmo usuário acumulará vários alertas enquanto não for solucionado.

Fluxo de informações do módulo Alertas

O iTB® coleta e integra dados do SINAN e do PEC e-SUS APS e os armazena em seu banco de dados. O módulo Alertas, por sua vez, acessa esse banco de dados e realiza uma filtragem nominal, identificando exclusivamente os usuários com falha no seguimento do tratamento. Esses casos são apresentados na tela do módulo Alertas fornecendo aos profissionais de saúde informações oportunas que influenciará diretamente na realização de busca ativa definindo prioridades (Figura 2).

Figura 2. Fluxo de informações do módulo Alertas.



Fonte: SEMSA Manaus, 2024.

Resultados

Das 182 unidades de saúde avaliadas ao longo de oito meses (de julho de 2023 a fevereiro de 2024), apenas uma, o Centro de Referência Cardoso Fontes, não possui o iTB* implantado. As unidades estão distribuídas da seguinte forma: 49 no Distrito de Saúde Leste (DISAL), 52 no Distrito de Saúde Norte (DISAN), 40 no Distrito de Saúde Oeste (DISAO), 36 no Distrito de Saúde Sul (DISAS) e 4 no Distrito de Saúde Rural (DISAR).

O módulo Alertas identificou 1.916 usuários fora do padrão esperado de atendimento, resultando na emissão de alertas. Desses, 1.060 (55,49%) estão concentrados nas unidades do DISAL e DISAN, enquanto os demais se distribuem entre as unidades dos distritos Sul, Oeste, Rural, e na unidade estadual Cardoso Fontes (Quadro 1).

Quadro 1. Usuários em tratamento para TB que receberam algum tipo de alerta, por unidade de saúde e DISAS, Manaus, Amazonas, 2024.

DISAS	UNIDADES DE SAÚDE		PACIENTES	
	n	%	n	%
Leste	49	26,92%	581	30,32%
Norte	52	28,57%	479	25,00%
Oeste	40	21,98%	379	19,78%
Sul	36	19,78%	374	19,52%
Estado	1	0,55%	95	4,96%
Rural	4	2,20%	8	0,42%
TOTAL	**182**	**100,00%**	**1916**	**100,00%**

Fonte: Itb/Did/Semsa. 22/03/2024 Dados Sujeito A Alterações.
Nota: O Centro de Referência Cardoso Fontes, uma unidade de saúde gerida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), ainda atende pessoas com TB pulmonar sem complicações, apesar da descentralização desse serviço para a APS em 2000. Esses usuários aparecem no iTB* para acompanhamento compartilhado com os profissionais de saúde da rede de APS.

Dos 8.820 alertas emitidos ao longo do período analisado, a distribuição por causa foi a seguinte: no DISAL, foram registrados 909 alertas (10,31%) por atraso em consulta, 975 (11,05%) por atraso na realização do teste de HIV e 961 (10,90%) por atraso na realização da baciloscopia de controle. No DISAN, foram emitidos 781 alertas (8,85%) por atraso em consulta, 690 (7,82%) por atraso na realização do teste de HIV e 788 (8,93%) por atraso na realização da baciloscopia de controle. A maior parte dos alertas, 5.104 (57,87%), está concentrada nessas nesses dois DISAS, enquanto os alertas restantes estão distribuídos entre os outros DISAS e a unidade estadual (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de alertas por causa e DISA, Manaus, Amazonas, 2024.

DISAS	ALERTAS							
	SEM CONSULTA		SEM HIV		SEM BACILOSCOPIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leste	909	10,31%	975	11,05%	961	10,90%	2845	32,26%
Norte	781	8,85%	690	7,82%	788	8,93%	2259	25,61%
Oeste	627	7,11%	468	5,31%	652	7,39%	1747	19,81%
Sul	578	6,55%	398	4,51%	578	6,55%	1554	17,62%
Estado	82	0,93%	175	1,98%	107	1,21%	364	4,13%
Rural	16	0,18%	19	0,22%	16	0,18%	51	0,58%
TOTAL	2993	33,93%	2725	30,90%	3102	35,17%	8820	100%

Fonte: iTB/DID/SEMSA. 22/03/2024 dados sujeitos a alterações.
Nota: Ressalta-se que o Centro de Referência Cardoso Fontes não realiza busca ativa, sendo esta ação de responsabilidade dos profissionais de saúde da rede de APS.

Considerações Finais

O módulo Alertas do sistema iTB® mostra-se eficaz na identificação precoce de usuários com falha no seguimento do tratamento, bem como direciona esforços mais estratégicos para as ações de busca ativa, otimizando o tempo dos profissionais de saúde e promovendo a continuação do cuidado.

Embora os resultados apresentados neste capítulo revelem fragilidades no acompanhamento do tratamento dos casos de TB no município, o módulo Alertas se destaca por sua capacidade de identificar, de forma oportuna e abrangente, falhas que poderiam passar despercebidas pelos profissionais de saúde.

A possibilidade de identificação precoce de usuários com falha no seguimento do tratamento propiciada aos profissionais de saúde a tomada de decisão mais informada e direciona suas ações de maneira mais eficaz e priorizando os usuários. Entretanto, o resultado positivo de sua funcionalidade depende essencialmente da adequação do processo de trabalho dos profissionais de saúde que devem incorporar no cotidiano de suas atividades laborais o monitoramento diário dos usuários em tratamento para TB sob sua responsabilidade.

A ferramenta tem o potencial de não apenas evitar a descontinuidade do tratamento, mas também de oferecer uma visão clara sobre onde estão os pontos críticos, possibilitando o redirecionamento das estratégias e o aprimoramento dos cuidados. Assim, a utilização dessa tecnologia não só fortalece o monitoramento da TB, como também contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados, beneficiando diretamente os usuários.

Ressaltamos ainda que a implantação do sistema iTB® vem ocorrendo de forma gradativa na rede de APS do município de Manaus. Logo, avaliar o impacto desse módulo no controle da TB não é possível no momento, havendo a necessidade de estudos posteriores para suprir essa lacuna de conhecimento.

Referências

Brasil. (2021). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-202. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2021). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Prefeitura de Manaus. (2023). Portaria nº 460, de 20 de julho de 2023-SUBGS/SEMSA.

Regulamenta e Institucionaliza o Sistema iTB® no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, conforme Nota Técnica nº 008/2023 – DID/ DAP/ DEVAE. Diário Oficial do Município, Manaus, AM, 20 de jul. 2023. p. 13.

OPAS. (2020). Organização Pan-Americana de Saúde. Fichas Técnicas Digital. Registros eletrônicos de saúde e interoperabilidade: Dois conceitos fundamentais para melhorar a resposta em saúde pública. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52005/Factsheets-Digital_Health-EHR-Interoperability-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 26 ago. 2023.

OMS. (2017). Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. World Health Organization. Disponivel em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254820/9789241512114-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 ago. 2023.

OMS. Global Tuberculosis Report-2023. Disponivel em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 jan. 2024.

Rocha et al. (2020). Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): principais características da notificação e análise de dados relacionada à tuberculose. Perfil das bases de Dados Nacionais de Saúde. Epidemiol.Serv. Saúde, v. 29, n. 1.

Da concepção à contracepção: como iniciou a estratégia de ofertar DIU às mulheres em situação de rua de Manaus-AM

Ezequiel Fernandes da Costa Neto
Layla Calazans Muller
Jacqueline Cavalcanti Lima
Maria Dinez Fabá de Oliveira
Lúcia Helena de Araújo Jorge
Eucinara Buás Guedes
Thalita Renata das Neves Guedes

Antes de falar sobre contracepção, falemos sobre a concepção deste trabalho: quem é a população em situação de rua (PSR)? Segundo a Política Nacional de Trabalho Digno e Cidadania para a População em Situação de Rua (PNTC Pop Rua) instituída pela Lei 14.821/2024,

> [...] grupo populacional heterogêneo que tem em comum a falta de moradia e utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, bem como as unidades de acolhimento institucional para pernoite eventual ou provisório, podendo tal condição estar associada a outras vulnerabilidades como a pobreza e os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados (L14821, 2024).

Ou ainda, "Eu me chamo de excluído como alguém me chamou, mas pode me chamar do que quiser seu doutor. Eu não tenho nome, eu não tenho identidade, eu não tenho nem certeza se eu sou gente de verdade", como versa Gabriel O Pensador (1993).

Fato é que a PSR enfrenta grandes desafios para acessar os serviços de saúde, especialmente na atenção primária. Entre esses desafios estão o preconceito, a estigmatização, exigências burocráticas e a falta de preparo dos

profissionais (Andrade *et al.,* 2022; Lima *et al.,* 2022). E, mais especificamente, de onde parte a reflexão de que é preciso questionar o acesso à contracepção eficaz para as mulheres em situação de rua?

Embora sejam discutidas formas de melhorar este acesso aos serviços de saúde e à educação, isto ainda é uma realidade ilusória para as mulheres em situação de rua, que permanecem sendo marginalizadas e tendo seus direitos reprodutivos negligenciados. Estudos internacionais demonstram que, apesar dessas mulheres desejarem evitar ou adiar gravidezes, a maior parte não utiliza nenhum método contraceptivo (Eugênio *et al.,* 2024; Terefe *et al.*,2022).

Diante desse problema, as equipes de Consultório na Rua (CnaR) de Manaus-AM pensaram numa estratégia de minimizar as iniquidades em saúde inerentes a esse grupo populacional. Principalmente, no que concerne ao acesso e distribuição de recursos de saúde que garantem contracepção eficaz. Importante ressaltar que o CnaR é uma modalidade de equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) prevista desde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011 e tem o intuito de promover saúde integral à PSR, ampliando o acesso desta população aos serviços de saúde (Morais *et al.,* 2021).

E, para fecharmos este conchavo inicial e disparar as reflexões que esta experiência proporcionou (e proporciona, porque ela continua a acontecer) precisamos falar sobre métodos contraceptivos. Qual o método contraceptivo mais eficaz? A resposta que logo vem à mente é: aquele que tem maior porcentagem em garantir a contracepção. Mas, antes disso, é preciso questionar: quem é a pessoa que utilizará o método?

Muitas são as variáveis ao se analisar qual contraceptivo indicar. A pessoa tem outras doenças? Ela pode usar hormônios? Ela usa algum medicamento ou substância que possa ter interação? Ela consegue cumprir a rotina que tal anticoncepcional exige? Ferreira (2019) reforça que a escolha do método anticoncepcional está intrinsicamente ligada aos determinantes sociais da saúde e envolve fatores como história pessoal, condições clínicas, risco de IST, acesso, intenções reprodutivas, diálogo com o parceiro, além de influências culturais e mitos.

Quando pensamos em ofertar contracepção eficaz para mulheres e outras pessoas com útero em situação de rua, devemos levar em conta todo o contexto que envolve especificidades desta população e adequar o cuidado em saúde para essa realidade. Até porque, este é um atributo derivado da APS, segundo Starfield (2002): a competência cultural.

A moradia irregular e a consequente migração constante no território, como já mencionado, é uma característica comum à PSR. Nisto reside algumas variáveis que devem ser levadas em conta ao se pensar em contracepção eficaz para essas mulheres e outras pessoas com útero. Estar na rua é estar exposto a muitas incertezas: é não ter um local seguro para guardar uma medicação; é estar mais exposto à violência sexual e física; é ter que possuir algo para ser moeda de troca, seja por necessidades ou por proteção; é fazer parte da estatística de alta prevalência do abuso de álcool e outras drogas (Wright, 1991).

Enquanto equipe de saúde responsável para lidar com as necessidades da PSR, pensamos: que método contraceptivo seria eficaz e realista para ofertarmos? Consideramos que precisaria ser algum método que não dependesse de armazenar em ambiente externo seguro; possuísse pouca ou nenhuma interação medicamentosa e/ou com outras substâncias; não dependesse de conhecer o histórico de doenças na família, como câncer de mama; e que fosse reversível e de longa duração.

Diante do acima exposto e a partir das vivências e experiências das equipes de Consultório na Rua de Manaus-AM, o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre foi vislumbrado como um método contraceptivo com ótima elegibilidade para quem está em situação de rua. Mas porque o DIU?

O DIU de cobre é um método contraceptivo altamente eficaz, com taxa de falha em torno de 1% (Slywitch *et al.,* 2021). Possui poucas contraindicações e não depende de hormônios, tornando-o acessível para uma ampla variedade de pessoas (Bylaardt *et al.*, 2020). Embora algumas usuárias possam experimentar efeitos colaterais como dor abdominal, cólicas mais intensas ou aumento do sangramento menstrual, esses efeitos geralmente

são manejáveis e não impedem a satisfação com o método. A ausência de hormônios é um benefício importante para aquelas que não desejam ou não podem usar métodos hormonais (Slywitch *et al.*, 2021).

O DIU de cobre é um método contraceptivo de longa duração oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com alta eficácia e segurança (Morais *et al.*, 2021). Sua inserção pode ser realizada por médicos e enfermeiros capacitados na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando o acesso das mulheres a este método (De Souza *et al.*, 2021; Ferreira *et al.*, 2024). A inserção do DIU de cobre é um procedimento simples e pode ser realizada em uma única consulta em Unidades Básicas de Saúde (Bylaardt *et al.*, 2020), sem a necessidade de retornos frequentes ao serviço de saúde, algo que se alinha bem com a realidade de pessoas em situação de rua, que muitas vezes têm dificuldades em manter compromissos regulares de saúde.

Além disso, o DIU de cobre é um método discreto, permitindo que essas pessoas mantenham controle sobre sua fertilidade sem a necessidade de métodos visíveis ou de uso diário (Franchini Da Silva, 2023), como pílulas anticoncepcionais, que podem ser difíceis de armazenar e lembrar de tomar regularmente em condições de vida instáveis.

O DIU de cobre se apresenta como uma opção contraceptiva valiosa para mulheres e outras pessoas com útero em situação de rua, oferecendo uma solução eficaz, duradoura e de baixo custo para o planejamento reprodutivo, adaptada às necessidades e desafios específicos desta população vulnerável. A acessibilidade e a baixa necessidade de manutenção fazem do DIU de cobre uma ferramenta crucial na promoção da saúde reprodutiva e no fortalecimento da autonomia dessas pessoas.

Antes que iniciemos, de fato, o relato desta experiência, é preciso reforçar que o objetivo do CnaR de Manaus-AM é proporcionar que mulheres e outras pessoas com útero tenham acesso ao que lhe é de direito: planejamento reprodutivo e sexual. A criação de um fluxo para o acesso à inserção do DIU dessa população foi o fio condutor. Mas através desse fluxo, outros desfechos associados também foram alcançados e serão relatados.

Entretanto, essa experiência de sucesso não se trata de números. O seu aspecto qualitativo é ainda mais rico. Não é sobre quantos DIU se consegue inserir, mas sobre o quão desafiador é garantir o acesso à contracepção eficaz para a PSR. Trata-se, também, da potência que a APS do SUS tem de fortalecer e promover equidade às populações vulneráveis, mesmo em meio condições adversas. Para esta compreensão, partimos do conhecer a realidade do Consultório na Rua de Manaus-AM primeiramente.

Precisamos falar sobre: a realidade de Manaus

A cidade de Manaus-AM, atualmente, possui uma população de cerca de 2.063.689 de pessoas e uma área territorial de 11.401,092 km² (IBGE, 2022). Dentre estes dois milhões de pessoas, estima-se cerca de 2.084 pessoas em situação de rua, em julho/2024, segundo o Informe Técnico do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua – POLOS/UFMG.

Diante desse panorama, Manaus dispõe de apenas duas equipes de Consultório na Rua (ECR). Sendo que, estas duas equipes, trabalham juntas já que dispomos de um carro institucional (Van não adaptada). Isso em muito dificulta a cobertura de toda a região da capital, além de limitar os serviços que podem ser ofertados para promover resolutividade e cuidado integral à PSR.

Pelo fato de as equipes estarem alocadas em uma unidade de saúde na região centro-sul de Manaus, a cobertura das ECR limita-se, majoritariamente, para esta região. Um ponto positivo é que grande parte da PSR, se não a maior, se concentra no centro de Manaus, devido a área portuária e o grande número de feiras urbanas. Além disso, nos centros urbanos, pessoas em situação de rua podem encontrar uma comunidade e compartilhar recursos com seus pares nas ruas, o que oferece tanto apoio psicológico quanto benefícios práticos, embora também possam surgir riscos (Stablein, 2011).

Desse panorama, podemos refletir sobre o que já foi dito sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde da PSR. Mesmo com a existência de CnaR, não há suficiência de números de ECR para se fazer cumprir o que

está preconizado pela PNAB, que é a ampliação desse acesso. Ter suficiência de ECR para ampla cobertura de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da PSR de Manaus seria o "Plano A". Entretanto, trabalhamos com o que temos. A despeito dessa situação desfavorável, o CnaR de Manaus-AM traçou um outro plano de sensibilização e captação de mulheres e outras pessoas com útero em situação de rua para a oferta de contracepção eficaz.

O Plano B: da captação ao dia "D" de DIU

Ao iniciarmos a busca, e ainda hoje é assim, ofertamos o DIU para todas as pessoas potenciais em realizar a contracepção. Durante as abordagens, procuramos primeiro saber se há o interesse e, se positivo, ofertamos o DIU de cobre. Além disso, também exploramos se conhecem e suas percepções sobre o método, a fim de esclarecer dúvidas e explanar sobre o DIU. Quando há negativas sobre o DIU, ofertamos outros métodos contraceptivos, conforme a aceitação e elegibilidade de cada pessoa em situação de rua.

Para a nossa surpresa, a aceitação do DIU é alta. Diferentemente das consultas em UBS onde muitas mulheres trazem tabus e *fakenews* enraizadas sobre o método, com as mulheres e pessoas em situação de rua há uma ótima aceitação. Isso nos fez questionar se isso não se dá pelo fato do pouco acesso à (des)informação amplamente divulgada nas redes sociais.

Entretanto, mesmo diante desse panorama de alta aceitação, ao partirmos para o plano de ação para realizar a inserção do DIU, encontramos, talvez, um dos maiores desafios. Para lidar com a PSR é preciso compreender que essa população tem uma dinâmica de migração própria e constante. Os trajetos e movimentos das pessoas em situação de rua nos centros urbanos oferecem uma compreensão sobre suas conexões sociais e formas de lidar com as dificuldades (Wolch & Rowe, 1992).

Esse aspecto, especificamente, é algo que também dificulta em muito o acompanhamento de saúde e a formação de vínculo com a ECR. Pois, como garantir que iremos encontrá-los novamente? Ora por necessidade, ora por autoproteção, frequentemente migram de território. Se de manhã faz sombra na praça, à tarde o sol estrala, e este motivo é suficiente para migrarem de um lugar para o outro.

Nesse contexto de constante migração e, também, do abuso de álcool e outras drogas, ao realizarmos busca ativa para realizar a inserção do DIU, não as encontrávamos ou, quando sim, estavam sob o efeito de álcool/drogas. E, então, vocês podem estar se perguntando: por que não realizar a inserção logo na primeira abordagem? Aproveitar a oportunidade!

Essa é uma ótima ideia. Mas, infelizmente, não dispomos de estrutura para tal. Nosso carro não é adaptado para realizar procedimentos. E como fazemos? Todas as segundas-feiras, a Unidade Básica de Saúde Lúcio Flávio Vasconcelos Dias, na zona sul de Manaus, disponibilizou um consultório com aparato ginecológico para que utilizássemos para os procedimentos.

Então todas as segundas-feiras realizamos o procedimento? No início, colocamos muita energia para fazer tudo isso dar certo. Mas as adversidades foram lapidando o processo de eleger as pessoas para o procedimento, como a tentativa de primeiro criar um vínculo mais longitudinal para que aumentássemos as chances de sucesso. Mas a verdade é que não dá para prever, como muita coisa quando se trata da PSR. Quando funcionou, para quem acredita, parecia ser por providência divina que determinou que desse certo.

Figura 1. Primeiras inserções de DIU realizadas pelo CnaR.

Fonte: arquivo autores, 2024.

Além da dificuldade estrutural, relembremos também sobre a proporção desmedida já mencionada de número de ECR para toda a cidade de Manaus. Enquanto CnaR, somos responsáveis por dispensar todos os cuidados que contemplam a atenção primária à saúde da PSR. Precisamos cuidar do alto número de pessoas com tuberculose, pessoas que vivem com HIV, pessoas com feridas crônicas, gestantes, hipertensos, diabéticos, transtornos mentais variados, crianças etc.

Toda essa complexidade atravessa nossa estratégia de fluxo para conseguir ofertar e chegarmos ao dia "D" de DIU para as mulheres e pessoas com útero em situação de rua. Assim chamado, porque realmente, é um dia muito importante quando conseguimos driblar todos os desafios para garantir o direito de acesso a um planejamento reprodutivo de qualidade para essas pessoas.

E não se trata somente sobre o DIU. Já foi frisado, neste relato, que nessa experiência os números não são o que mais saltam aos olhos. Conseguimos inserir alguns (poucos?) dispositivos intrauterinos. E conseguimos, também, desdobramentos secundários na organização e execução dessa estratégia que enriquecem ainda mais o significado dessa experiência, tornando os números meros coadjuvantes. Falemos, pois, de resultados.

Dobrando os desafios, desdobrando resultados

Em pouco mais de seis meses de implementação do fluxo, foram inseridos com sucesso quatro dispositivos intrauterinos de cobre, com apenas um caso de hipersensibilidade que impediu a continuidade do procedimento. Apesar do número "modesto", considerando as adversidades estruturais, logísticas e as condições clínicas, cada inserção é considerada uma vitória.

Do ponto de vista técnico, cada dispositivo de cobre inserido oferece proteção contraceptiva eficaz por até 10 anos, assegurando que essas quatro mulheres estarão protegidas contra gestações indesejadas durante esse período. Por se tratar de um método totalmente reversível, ele permite que a fertilidade seja restaurada rapidamente após a remoção, que pode ser realizada

em qualquer ambulatório, sem a necessidade de exames complementares, ambiente cirúrgico ou marcação prévia, preservando e garantindo autonomia reprodutiva a essas mulheres.

Figura 2. Equipe do CnaR com a primeira mulher a inserir o DIU.

Fonte: arquivo autores, 2024.

Une-se a isso, o fato de que as gestações indesejadas nessa população não só perpetuam o ciclo de pobreza como também aumentam o risco de complicações de saúde materno-infantil, passando a constituir um problema de saúde pública. Além das taxas nesse grupo serem mais altas de mortalidade materno-infantil, internação do neonato, abortos e abandono (Cutts *et al.,* 2015; Ditosto *et al.,* 2021; Gelberg *et al.,* 2009;), estima-se que no Brasil os gastos públicos com todas as gestações não planejadas atingiram 4,1 bilhões de reais (Sakamoto *et al.,* 2015).

Sendo assim, cada mulher que consegue utilizar um método eficaz e evitar uma gestação não desejada, contribui para a redução de problemas de saúde e de gastos públicos, gerando impacto positivo tanto econômico quanto na saúde. Além dos benefícios reconhecidos do DIU, já citados previamente, o dia dedicado à sua inserção proporciona muitas outras oportunidades para essas mulheres, que, em muitos casos, estavam afastadas dos serviços de saúde há anos.

Mesmo quando a inserção não é possível, são oferecidas alternativas existentes no SUS de Manaus, como injeções mensais, trimestrais e preservativos. Para além da parte reprodutiva, o Consultório na Rua aproveita esse momento para realizar rastreamentos de gravidez e IST, coleta de citopatológico para prevenção do câncer do colo do útero, distribuição de kits de higiene e menstrual e identificação de outros problemas de saúde, como também, tenta viabilizar o acesso a direitos de cidadania, como a criação do cartão SUS e o contato com a secretaria de serviço social (SEMASC), quando necessário, para regularização de documentos, um desafio comum nessa população.

Dignidade menstrual? Uma luta invisível de pessoas com útero em situações de rua

Durante nossas abordagens a pessoas com útero em situação de rua em Manaus, ao discutir questões de saúde, raramente as mulheres mencionam problemas relacionados à menstruação. Talvez por entenderem "saúde apenas como ausência de doença", muitas nem percebem a menstruação como um fator associado a saúde, a menos que estejam sofrendo com cólicas. Nesse cenário, grande parte das informações que obtemos vem de perguntas diretas sobre o histórico e padrão menstrual, e como lidam com esse período. A maioria das respostas revela o uso de materiais inapropriados, como papeis ou tecidos encontrados na rua, sem acesso a locais adequados para higiene e água, exemplificando a pobreza menstrual descrita na literatura.

A pobreza menstrual refere-se a um fenômeno multidimensional que afeta meninas, mulheres, homens trans e pessoas não binárias que menstruam. Essa realidade se traduz na ausência de dignidade menstrual, onde a falta de acesso a instalações seguras e meios eficazes de higiene impede que essas pessoas vivenciem o período menstrual com dignidade (Magan *et al.,* 2022).

Mesmo com a criação do Programa Dignidade Menstrual do Governo Federal, que visa conscientizar sobre a naturalidade do ciclo menstrual e fornecer absorventes gratuitos, a falta de condições mínimas ainda é um desafio

para a população em situação de rua. Para acessar os absorventes, é necessário apresentar documento com foto, CPF e autorização no "Meu SUS Digital". Diante dessas exigências, será que o programa realmente alcança quem mais precisa?

Sabendo que grande parte da população em situação de rua não tem acesso a documentação atualizada e muito menos a serviços de internet, como eles irão conseguir acessar esses programas? Então para quem são esses programas? Parece que o foco está em apresentar números, e aquelas pessoas sem documentos não geram números, e aos olhos do sistema, elas sequer existem como pessoas. E aqui retomamos o trecho, que reflete muito bem a realidade da PSR, da crítica musical de Gabriel, O Pensador (1993): "Eu não tenho nome, eu não tenho identidade, eu não tenho nem certeza se eu sou gente de verdade". Nossa percepção é que, ao mesmo tempo em que se implementam programas e políticas de acesso, também se criam barreiras, que perpetuam a falta de dignidade menstrual para os mais vulneráveis.

Nesse cenário, embora função prioritária do Consultório na Rua seja promover a autonomia desse grupo, fornecendo informações e facilitando o acesso a programas como o de Dignidade Menstrual, a dinâmica e a celeridade da rotina das pessoas em situação de rua dificultam essa tarefa. Como resposta emergencial, o CnaR, por meio de doações limitadas de organizações da sociedade civil, faculdades e seu próprio orçamento, acaba distribuindo *kits* de higiene, incluindo absorventes, para garantir o mínimo de assistência e dignidade a essas pessoas.

O DIU foi só o começo: perspectivas futuras do trabalho

Da concepção, formulação e implementação do fluxo de DIU no CnaR, foram muitos obstáculos identificados e, que até hoje, são enfrentados para garantir o mínimo de dignidade em saúde reprodutiva e sexual para pessoas em situação de rua. Longe de assumir que atingimos o ideal, propõe-se diariamente novas formas de aprimorar o fluxo, a captação, e de individualizar o cuidado de forma ampla e integral, pautado no conceito de Educação Permanente.

A educação permanente tem como objetivo transformar e qualificar a atenção à saúde e às práticas de educação em saúde, a partir de uma problemática do processo de trabalho, que quando solucionada, fortalece o trabalho articulado entre as esferas de gestão, ensino, serviço e comunidade (Ferreira *et al.,* 2019). Dessa forma, entendemos o Consultório na Rua como um instrumento capaz de gerar discussões e iniciar mudanças que, embora "modestas", podem ser o ponto de partida para grandes transformações.

Com a consolidação do fluxo de inserção de DIU no Consultório na Rua, voltado para populações vulneráveis, abre-se um horizonte promissor para avanços ainda mais significativos na saúde reprodutiva dessas comunidades. Este marco, que trouxe visibilidade e promoveu a autonomia sobre a saúde reprodutiva das mulheres em situação de rua de Manaus, serve como um alicerce para a expansão de outros métodos contraceptivos, como o implante subdérmico e o DIU com levonorgestrel.

Ao garantir que essas tecnologias sejam acessíveis e rotineiras no âmbito da atenção primária, busca-se não apenas a diversificação das opções contraceptivas, mas também a efetiva incorporação de práticas de cuidado que respeitem as particularidades e necessidades de cada indivíduo, assegurando um atendimento mais inclusivo e eficaz. Entretanto, essa ampliação não exclui a necessidade um atendimento global e universal nas Unidades Básicas de Saúde, o que poderia minimizar a necessidade de ampliar as unidades móveis.

Por fim, os avanços não podem ocorrer isoladamente, dentro dos CnaR. É essencial que as melhorias no atendimento às populações em situação de rua e outras vulneráveis continuem sendo uma prioridade, com foco em reduzir as barreiras de acesso, combater a desumanização e a marginalização que esses grupos enfrentam diariamente.

Referências

Andrade, R. D., Costa, A. A. S., Sousa, E. T., & Rocon, P. C. (2022). O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: Uma revisão integrativa. Saúde em Debate, 46(132), 227–239. https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216

Cutts, D. B., Coleman, S., Black, M.M., Chilton, M. M., Cook, J. T. et al. (2015) Homelessness During Pregnancy: A Unique, Time-Dependent Risk Factor of Birth Outcomes. Maternal and Child Health Journal, v. 19, n. 6, p. 1276–1283. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1633-6

De Souza, E. G., Pinheiro, E. R. S., Da Rocha, J. M. S., Sousa, M. M., Dos Santos, E. A., & Rangel, H. F. (2021). A capacitação de profissionais da APS para inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre: A experiência do município de Betim, Minas Gerais. APS EM REVISTA, 3(1), 32–38. https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.144

Ditosto, J. D., Holder, K., Soyemi, E., Beestrum, M., Yee, L.M. (2021) Housing instability and adverse perinatal outcomes: a systematic review. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, v. 3, n. 6, p. 100477. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100477

Eugênio, A. P., Silva, F. B. G. D., Meneses, I. B. D. D., Aquino, J. M. D., Mendes, P. C., Martins Júnior, L. N., Araújo, S. G. D. S., Mindelo, É. C. D. S., Sousa, F. G. D., & Bezerra, A. M. F. (2024). Equidade e atenção à saúde das mulheres em situação de rua: Problemáticas em torno de uma população vulnerável. Caderno Pedagógico, 21(3), e3411. https://doi.org/10.54033/cadpedv21n3-200

Ferreira, H. L. O. C., Barbosa, D. D., Aragão, V. Oliveira, T. M. et al. (2019) Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 4, p. 1044–1051. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574

Ferreira, C. D. S., Nascimento, J. E. D. M., Almeida, D. C. C. D., Silva, J. R. D., Santos, T. D. O., Batista, S. C., Batista Júnior, A., Veríssimo, M. C. S., Santos, P. H. F. D., & Farias, K. F. D. (2024). INSERÇÃO DE DIU NO BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO. Revista Contemporânea, 4(5), e4262. https://doi.org/10.56083/RCV4N5-056

Ferreira L, Barbosa JSDA, Esposti CDD, Cruz MMD (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde Em Debate; 43(120):223–39.

Franchini Da Silva, B. (2023). O dispositivo microprotético DIU e seu regime tecnobiodiscursivo: Discursos das e sobre as mulheres cisgênero adeptas ao DIU. Diálogo das Letras, 12, e02326. https://doi.org/10.22297/2316-17952023v12e02326

Gelberg, L., Andersen, R., Longshore, D., Leak, B. et al. (2009) Hospitalizations Among Homeless Women: Are There Ethnic and Drug Abuse Disparities? The Journal of Behavioral Health Services & Research, v. 36, n. 2, p. 212–232. https://doi.org/10.1007/s11414-008-9144-0

Lima, R. R., Nagai, M. M., Nogueira, M. O., Cortez, G. F. P., & Nunes, M. R. (2022). Acesso da população em situação de rua aos serviços da atenção primária à saúde: Avanços e desafios / Access of the street population to primary health care services: advances and challenges. Brazilian Journal of Health Review, 5(2), 4461–4474. https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-038

Magan, E. D. A., Almeida, M. N., Figueredo, S., Oliveira, A. (2022). Os impactos da pobreza menstrual na saúde das pessoas que menstruam. Revista Brasileira de Educação, Saúde e Bem-estar, v. 1, n. 2.https://doi.org/10.29327/2335218.1.2-6

Morais, I. G. D. F., Barreto, D. D. S., Melo Neto, A. J. D., Soares, R. D. S., Gonçalves, R. D., Rêgo, M. E. D. M. P. D., & Costa, P. S. R. (2021). Perfil das mulheres submetidas à inserção do dispositivo intrauterino de cobre na Atenção Primária à Saúde de municípios da Paraíba. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 16(43), 2649. https://doi.

org/10.5712/rbmfc16(43)2649

Sakamoto, L. C., Malavasi, A. L.; Frajzinger, R.; Araújo, M. R. et al. (2015) Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. Reprodução & Climatério, v. 30, n. 3, p. 102–107.

Slywitch, N. C., Alves, B. P., Martins, E. A. D. P., Romão, J. V., Amorim, M. S., Vilela, M. P.-D., Borges, M. S., Borges, N. L. G., Neto, V. F. D. C., & Novais, D. F. F. (2021). Comparação entre os dispositivos intrauterinos de cobre e hormonal: Uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(5), e7345. https://doi.org/10.25248/reas.e7345.2021

Stablein, T. (2011). Helping Friends and the Homeless Milieu: Social Capital and the Utility of Street Peers. Journal of Contemporary Ethnography, 40(3), 290–317. https://doi.org/10.1177/0891241610390365

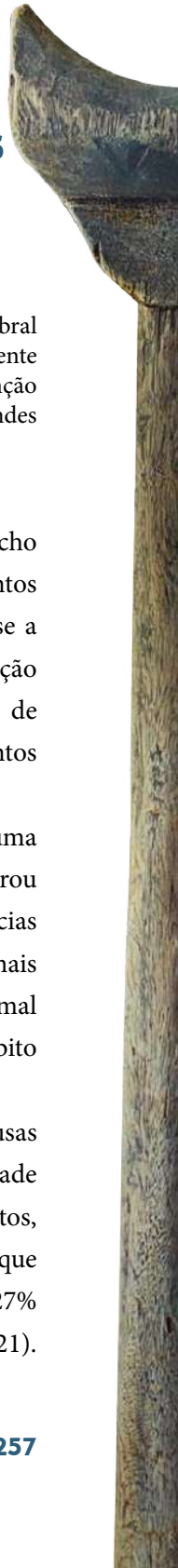
Terefe, G., Abebe, F., & Teka, B. (2022). Unmet Need for Family Planning Service and Associated Factors Among Homeless Women of Reproductive Age Group in Jimma Zone Administrative Towns, Ethiopia. Open Access Journal of Contraception, Volume 13, 83–93. https://doi.org/10.2147/OAJC.S363258

Wolch, J. R., & Rowe, S. (1992). On the Streets: Mobility Paths of the Urban Homeless. City & Society, 6(2), 115–140. https://doi.org/10.1525/city.1992.6.2.115

Wright, J. D. (1991). Prevalence of Alcohol and Drug Problems. American Psychologist.

Educação em saúde para professores e funcionários da educação básica e recreação infantil

Leda Lima Sobral
Gisele Torrente
Elen Palmeira Assunção
Eduardo Fernandes



É comum a sociedade vivenciar um cenário de risco com desfecho negativo e se incomodar. Esse incomodo pode evoluir para movimentos com foco na melhoria ou adequação das políticas públicas e, aqui cita-se a lei N. 13.722 de 04 de outubro de 2018 que torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos públicos e privados de educação básica e estabelecimentos de recreação infantil (Brasil, 2018a).

A decisão ministerial é corroborada pela literatura que aponta numa revisão sistemática incluindo mais de 7 mil professores escolares demonstrou que esses profissionais possuem conhecimento insuficiente sobre emergências nas escolas**.** Apesar da inegável importância que têm os professores e demais funcionários nas escolas diante de situações de urgência, não há registro formal na literatura sobre o conhecimento e as atitudes desses profissionais no âmbito das escolas brasileiras (Alsulami, 2023)

Pontua-se em um estudo nacional que a internação por causas externas corresponde ao 3º fator etiológico e ainda a sua morbi-mortalidade em crianças de um a nove anos apresentam maior risco nos envenenamentos, sufocamentos e afogamentos com predomínio do sexo masculino. Revelou que 37,99% das crianças de um a quatro anos morreram por afogamento; 27,27% em acidentes de trânsito e 6,82% atropeladas(Valle, Morais, & Pacheco, 2021).

Essas situações são relativamente comuns nas escolas e potencialmente fatais, como a obstrução da via aérea por corpo estranho ("engasgo"), devem receber especial atenção. Em um ensaio clínico randomizado, foi demonstrado que um grupo de crianças treinadas foi superior quanto à capacidade de atendimento quando comparado a outro grupo de crianças não treinadas, mantendo-se essa superioridade em termos de qualidade de atendimento 2 meses e 7 meses após a capacitação (Tse, Plakitsi, Voulgaris, & Alexiou, 2024).

Outra revisão sistemática examinou o conteúdo, as práticas e a avaliação das intervenções de primeiros socorros nas escolas de ensino primário e sua efetividade. Esse trabalho ratificou a importância do treinamento, embora tenha destacado também que a efetividade das manobras de ressuscitação cardiopulmonar realizadas por crianças menores de 11 anos foi prejudicada pela profundidade insuficiente das compressões, possivelmente relacionada com os atributos físicos das crianças socorristas (Tse *et al.*, 2024).

Dessa forma, compreende-se que é fundamental que esses aprendizes, alunos e/ou professores, contribuam ativamente nesse processo de ensino-aprendizagem. Pensando nisso, um grupo de pesquisadores explorou a visão desses alunos e seus professores na construção de um curso voltado para o atendimento de urgências no ambiente escolar, tendo apontado, a partir desse olhar, relevantes contribuições para o aprimoramento de cursos tradicionais de suporte básico de vida (Tse *et al.*, 2024).

Um ponto fundamental que ainda carece de pesquisas é o acompanhamento dessas ações educativos quanto a sua real efetividade. Em outro estudo de revisão sistemática recente buscou compreender a variedade de elementos para essa avaliação de atributos, incluindo as habilidades práticas, o conhecimento e as perspectivas emocionais dos envolvidos, concluindo que uma padronização dessas métricas e os seus métodos de avaliação ainda são necessários (Tse *et al.*, 2024).

No Brasil, foi possível identificar na literatura uma iniciativa que envolveu profissionais atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

(SAMU) com o intuito de elaborar um instrumento educativo direcionado especificamente às pessoas em idade escolar. Ainda que se trate de uma experiência mais antiga, sua metodologia pode ainda ser válida, sendo passível de revisão e atualização (Mota & De Andrade, 2015).

A saber, o SAMU é um componente da portaria N. 2048 de 2002 que compreende a política pública de atenção as urgências e emergências e caracteriza-se como atendimento pré-hospitalar móvel. Tem como objetivo atender pessoas em situações de urgência e emergência ocorridas no ambiente extra-hospitalar. Por fazer parte do sistema único de saúde (SUS) e atendendo as portarias ministeriais, possui seu núcleo de educação em urgência (Brasil, 2002).

O SUS além de atendimento à saúde possui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com foco na capacitação e qualificação dos seus trabalhadores, porém não exclusiva para eles. Importante salientar que nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEP) os temas são norteados pela expertise profissional do serviço (Brasil, 2018b).

Sendo assim, juntando as prerrogativas ministeriais da Lei Lucas, o componente educacional do SUS e as relações amigáveis e colaborativas entre as secretarias municipais, este texto continua com a apresentação da experiência das ações educativas desenvolvidas pelo NEP do SAMU Manaus nas creches, escolas municipais da educação infantil e ensino fundamental.

As atividades iniciaram-se com a aproximação dos servidores das duas secretarias a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e Secretaria Municipal de Educação (SEMED) para tratativas administrativas e burocráticas. Em meados de maio de 2024 e após a oficialização, realizou-se uma reunião remota para definição dos pontos focais, alinhamento sobre quais os temas seriam abordados, quantitativo de participantes por turma e estratégias metodológicas.

A SEMED se responsabilizou pela ficha de cadastro e dos seleção participantes considerando a capacidade de multiplicação das informações, organização das escolas, espaço físico e equipamentos de mídia e som

(computador, data show, microfone e caixa amplificadora). Na ficha continha dados sociodemográficos, de identificação, contato e um termo de compromisso com o projeto de capacitação e a SEMED.

As capacitações ocorreram nos meses de maio, junho e julho de 2023 com aulas presenciais expositivas, dialogadas e momento para atividade prática em dois temas utilizando 16 simuladores inanimados (baixa fidelidade) denominados meio torso adulto, meio torso infantil e bebê. Essas aulas foram ministradas por um total de 10 profissionais do SAMU sendo enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo quatro por encontro, as aulas tiveram duração de 3 até 4 horas com intervalo de 15 minutos e todos os temas foram abordados no mesmo dia, inclusive a parte prática.

Ao final da aula a SEMED disponibilizou um QRCODE com acesso ao formulário via google forms para apontamentos relacionados ao palestrante, cursista/participante e organização. Esses apontamentos obedeceram a uma pontuação de 0 a 10, considerando zero menor valor e dez maior valor. Para os palestrantes foram avaliados os itens de pontualidade, metodologia, domínio do conteúdo, relação do conteúdo com o cotidiano, exposição atrativa e postura respeitosa e aberta ao diálogo. Já para os cursistas foram avaliados os itens de pontualidade, participação, respeito e interação.

Relacionado à organização, foram elencados os itens de ambiente (limpeza, clima e acolhimento), alimentação e respeito. Ainda neste formulário, foi oportunizado ao servidor que pontuasse os pontos positivos e pontos de melhoria. Como comprovação da capacitação, o SAMU Manaus certificou cada escola envolvida no projeto.

A capacitação ocorreu no período de junho e julho em auditórios das sete zonas da cidade. Foram realizados 21 encontros presenciais, capacitando 512 instituições distribuídas nas zonas norte, sul, leste, oeste), centro-oeste, rural e sede. Participaram 1523 pessoas: professores, pedagogos, psicólogos, cozinheiras, copeiras e administrativos que atendem a crianças de um a quinze anos, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição do quantitativo de instituições por divisão distrital zonal (DDZ) de atuação e profissionais capacitados, Manaus.

ENSINO FUNDAMENTAL		
DDZ	**INSTITUIÇÃO**	**PROFISSIONAIS**
SEMED	11	11
RURAL	26	52
CENTRO SUL	37	74
OESTE	50	100
NORTE	41	82
SUL	28	56
LESTE II	40	80
LESTE I	34	68
PARCIAL	**267**	**523**
EDUCAÇÃO INFANTIL - CMEI		
DDZ	**INSTITUIÇÃO**	**PROFISSIONAIS**
RURAL	47	56
CENTRO SUL	22	42
OESTE	37	77
NORTE	23	41
SUL	37	63
LESTE II	24	49
LESTE I	31	59
PARCIAL	**221**	**387**
CRECHES MUNICIPAIS E CONVENIADAS		
DDZ	**INSTITUIÇÃO**	**PROFISSIONAIS**
RURAL	0	0
CENTRO SUL	07	151
OESTE	02	61
NORTE	02	64
SUL	07	167
LESTE II	03	88
LESTE I	03	82
PARCIAL	24	613
TOTAL	**512**	**1523**

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Os temas teóricos abordados foram o desmaio, febre, intoxicação, convulsão, epistaxe, ferimentos, fraturas, luxação, entorse, distensão e aberto a discussão para casos de violência, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas. Referente a parte teórica e prática ministrou-se sobre o engasgo e parada cardiorrespiratória. As aulas aconteceram no período vespertino com duração de até quatro horas. Durante as aulas foi permitida e estimulada a participação dos profissionais com exposição de experiencias pessoas e casos vivenciados.

Na parte teórico-prática da manobra de desengasgo foi ensinado o procedimento para a adulto, criança e bebê. Para o evento relacionado ao usuário adulto realizou-se a demonstração pelos palestrantes e posteriormente foram constituídas duplas por afinidade e, estas executaram a manobra entre si sob supervisão. Para um possível evento acometendo criança ou bebê a mesma foi demonstrando pelo palestrante com o auxílio dos simuladores e os participantes puderam executar as manobras por adesão e supervisão. O mesmo ocorreu para o tema de parada cardiorespiratória no bloco teórico prático. Esses dois momentos foram considerados o ápice das atividades da tarde com empenho dos participantes interação, discussão e execução das manobras.

Sobre a avaliação feita via QR Code foi obtida a pontuação máxima em todos os tópicos e itens. Quanto aos pontos positivos foram citados sobre as dinâmicas, seleção dos temas, conhecimento dos instrutores e interação entre os grupos. Sobre os pontos de melhoria citou-se o local com melhor acessibilidade e estacionamento, oportunizar a todos na realização das atividades e o tempo de duração insuficiente.

A capacitação promovida vem em consonância com as políticas públicas e, a educação em saúde realizada em conjunto com a comunidade é item importante. Autores afirmam que esta estratégia participativa gera conhecimento, segurança, autogestão e modificação no contexto social (Rocha *et al.,* 2021).

Considera-se importante o fortalecimento da articulação intersetorial entre a saúde e a educação como proposta de melhoria da qualidade de vida

dos escolares com atuação sobre os seus determinantes sociais (Rumor, Heidemann, Souza, Manfrini, & Souza, 2022).

Quando se olha para o tempo de duração das atividades pontua-se como itens das ações do Programa de Saúde na Escolas (PSE) que as ações de saúde não devem se sobrepor as ações do professor, o espaço físico a ser utilizado deve respeitar as estratégias metodológicas, as intervenções do programa devem ser pedagógicas e em sintonia com as ações pedagógicas da escola e por último, os educandos preparados para execução das atividades (Brasil, 2011).

A adoção de estratégias teórico-práticas de ensino vem sendo fortalecida ao longo dos anos e com importantes melhorias na tecnologia. O uso de simuladores na saúde é uma realidade há mais de 15 anos com evolução para o uso de realidade virtual aumentada, metaverso e inteligência artificial. Estudos demonstram uma curva de aprendizagem crescente e com desenvolvimento das *soft skills* (Kumar *et al.*, 2020; Lamiani, Mistraletti, Moreschi, Andrighi, & Vegni, 2021).

A presença dos profissionais de saúde como agentes transformadores de conhecimento é positiva e contribui para crescimento social. Na escola são realizadas orientações referentes a educação sexual, prevenção de drogas e outros temas, como *bullying*. No entanto, é considerado um cenário a ser melhor explorado com propostas intersetoriais de promoção de saúde e bem estar (Baroni & Silva, 2022; Carloni, Dal Bosco Silva, & Rodrigues da Silva, 2021).

A escola é uma estrutura com atores no processo de ensino aprendizagem, mediados por estratégias metodológicas, com temáticas pactuadas pela gestão. No entanto, cabe ressaltar que a escola é um espaço de discussão ético, político e social com enorme capacidade de transformação de saberes e troca de conhecimento (Santos & Macedo, 2022)

O projeto de capacitação teve seu início baseado na Lei Lucas e contou com a interação interinstitucional com a finalidade de garantir a segurança, conforto e bem-estar dos colaboradores e escolares. Os temas, as estratégias

adotadas foram balizadas por instrumentos metodológicos que garantiram o processo de ensino aprendizagem e participação ativa dos inscritos. Acredita-se que o ambiente oferece possibilidade de expansão dos temas e comunidade visando atingir o maior número de pessoas e temáticas pertinentes.

> "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo." **Paulo Freire**

Referências

Alsulami, M. (2023). First-Aid Knowledge and Attitudes of Schoolteachers in Saudi Arabia: A Systematic Review. Risk Management and Healthcare Policy, 16(April), 769–777. https://doi.org/10.2147/RMHP.S395534

Baroni, J. G., & Silva, C. C. B. da. (2022). Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. Saúde Em Debate, 46(spe3), 103–115. https://doi.org/10.1590/0103-11042022e307

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola. East. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n.o 2048 de 5 de novembro de 2002. Ministério Da Saúde, Brasil, 1. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Brasil. (2018a). Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Retrieved from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf

Brasil. (2018b). Presidência da República, Secretaria Geral, S. para A. J. (2018). Lei no. 13.722, de 04 de Outubro de 2018. Brasília.

Carloni, P., Dal Bosco Silva, T., & Rodrigues da Silva, M. (2021). Os professores e o combate à violência na escola: bullying e responsabilidade. Olhares: Revista Do Departamento de Educação Da Unifesp, 9(1), 191–212. https://doi.org/10.34024/olhares.2021.v9.11443

Kumar, A., Krishnamurthi, R., Nayyar, A., Sharma, K., Grover, V., & Hossain, E. (2020). A Novel Smart Healthcare Design, Simulation, and Implementation Using Healthcare 4.0 Processes. IEEE Access, 8, 118433–118471. https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.3004790

Lamiani, G., Mistraletti, G., Moreschi, C., Andrighi, E., & Vegni, E. (2021). Cultivating Empathy and Soft Skills Among Intensive Care Residents: Effects of a Mandatory, Simulation-Based, Experiential Training. Annals of Transplantation, 26, e931147. https://doi.org/10.12659/AOT.931147

Mota, L. L., & De Andrade, S. R. (2015). Topics of pre-hospital care for schoolchildren: The

perspective of professionals of the mobile emergency care service (samu). Texto e Contexto Enfermagem, 24(1), 38–46. https://doi.org/10.1590/0104-07072015000500014

Rocha, C. M. C. G. da, Araújo, F. T. de, Paulo, G. M. L. de, Melchior, L. M. R., Novais, M. R., & Rézio, G. S. (2021). Educação em saúde na comunidade ação multidisciplinar: relato de experiência / Community health education multidisciplinary action: experience report. Brazilian Journal of Health Review, 4(1), 2821–2829. https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-227

Rumor, P. C. F., Heidemann, I. T. S. B., Souza, J. B. de, Manfrini, G. C., & Souza, J. M. de. (2022). Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. Saúde Em Debate, 46(spe3), 116–128. https://doi.org/10.1590/0103-11042022e308

Santos, M., & Macedo, E. (2022). Da responsabilidade ética do responder para que serve a escola. Educar Em Revista, 38, 1–16. https://doi.org/10.1590/1984-0411.85999

Tse, E., Plakitsi, K., Voulgaris, S., & Alexiou, G. A. (2024). ChokeSafe: Empowering Children with Life-Saving Choking-Management Skills. MDPI, Children, 11(3), 1–10. https://doi.org/10.3390/children11030299

Valle, L. C. P. do, Morais, R. de C. M. de, & Pacheco, T. J. A. (2021). Morbi-mortalidade de crianças por causas externas, Distrito Federal, 2015-2019: estudo de correlação. Research, Society and Development, 10(10), e202101018725. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18725

Agente indígena de saúde: uma rede viva no contexto urbano da zona norte de Manaus

Aline Aparecida Ferreira Artini
Beatriz Rodrigues Campinho
Francinara Batista Neves Lima
Iranilson Militão Gabriel
Izomaria dos Santos Braga
Júlio César Schweickardt
Sâmia Roberta da Silva Torres

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB tem sido a melhor estratégia para aplicação e ou aperfeiçoamento as práticas de cuidado nos territórios, espaços onde se afloram as injustiças e as desigualdades sociais que devem ser corrigidas pelas políticas públicas, pelo fato de que o Estado possui a autoridade de tomar medidas para aumentar a igualdade. A PNAB tem se fortalecido com a atuação de alguns profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente, o Agente Indígena de Saúde (AIS), que vive em espaço urbano, onde exerce o cuidado em saúde de todas as pessoas em sua comunidade e área de abrangência.

O Sistema Único de Saúde (SUS) está garantido na Constituição Federal de 1988 para todas as pessoas tenham direito à saúde em território brasileiro. Considerando isso, discorremos sobre a importante atuação do AIS de etnia Macuxí na construção de redes vivas para a produção do cuidado no território das comunidades indígenas da zona norte de Manaus. A atuação desse profissional na construção dessas redes se alinhou com seus pares, o que tornou possível a prevenção e controle de doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, realização de atividades educativas individuais

e coletivas, resultando em ações de serviços em saúde no território e, posteriormente, ter o acompanhamento de profissionais de saúde qualificados na atenção primária à saúde.

Esclarecemos ao leitor que a partir da atuação do AIS em território urbano das comunidades indígenas da zona norte de Manaus, em tempo de pandemia Covid 19, houve maior visibilidades de outras doenças e condições de saúde dessa população. Ou seja, foi possível construir o primeiro quadro epidemiológico da saúde indígena da zona norte. Demonstraremos algumas atividades dialogadas realizadas por profissionais de saúde, em espaços dessa população.

A experiência fortaleceu a valorização do AIS no território e sua capacidade de produzir redes. Temos como fundamentação a micropolítica do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) dos AIS, buscando priorizar as narrativas de um AIS de etnia Macuxí[6], que sofreu processo de desterritorialização e reterritorialização, com posterior inserção na APS na gestão do cuidado em saúde. Estas, em meio a realidade epidemiológica dos territórios, se alinharam a promoção e prevenção da saúde dessa população, fortalecendo temáticas da tuberculose e nutrição, por meio dos processos de trabalhos executados por profissionais de saúde, respeitando os direitos à saúde dos povos originários. Redes Vivas podem ser entendidas como a forma de produzir o cuidado, em meio a conexões entre usuários, profissionais de saúde, gestores e a comunidade, comprometidos com a prevenção, sustentabilidade, desenvolvimento e promoção da saúde, com valorização de saberes e práticas em saúde de forma contínua.

Quanto ao objetivo dessa experiência, pretendeu-se destacar alguns resultados dos processos de trabalho do AIS Macuxí, como a identificação de agravos evitáveis e não evitáveis na 1ª mostra epidemiológica dos territórios das comunidades indígenas da zona norte de Manaus, construída juntamente com seus pares, valorizando as Redes Vivas alinhadas à produção do cuidado em território indígena urbano. Assim, a partir da construção da mostra epidemiológica, foi estabelecido estratégias para a construção e execução

6 População indígena sul-americana, estão situados na região circum-Roraima,

de plano de ação nas comunidades indígenas, particularmente em razão da identificação de pessoas obesas e pessoas acometidas de tuberculose (Tb), Hanseníase entre outros agravos.

Quanto a metodologia, utilizamos informações de caráter qualitativos, coletados a partir das narrativas do AIS Macuxi, com entrevistas semiestruturadas. Desta forma, a seguir, compartilhamos com o leitor os resultados da construção de redes vivas na APS, por meio do trabalho do AIS, e enfatizar que essa construção se assemelha a um rizoma, no contexto do SUS.

Destacamos que a experiência apresentada nesta escrita está pautada em pesquisa de Mestrado, intitulado Redes Vivas: o processo de trabalho de um agente indígena na atenção primária à saúde, que foi desenvolvido a partir do projeto " Saúde da população indígena em contexto urbano: desafios da atenção primária no município de Manaus", aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº 5.200.890, Versão 05; CAAE:48611021.5.000.5020, tendo como Instituição Proponente e patrocinadora o Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane -Fundação Oswaldo Cruz, coordenado pelo Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima. Esta pesquisa aconteceu no período de 2020 a 2023, nos territórios de 25 comunidades indígenas da Zona Norte, em Manaus – Amazonas.

Os direitos dos povos originários

Iniciaremos enfatizando os direitos dos povos originários, pontuando que a população indígena deixa de ser tutelada pelo estado para ser detentora de direitos a partir da promulgação da constituição federal de 1988, em que, com base no art. 231 "são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens" (Brasil, 1988, p.127).

Na ocasião, as ações de saúde direcionada a essa população, até então, eram executadas por equipes volantes, ao qual a Delegacias Regionais da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) era responsável por

supervisionar. Pontes (2013, p. 61) destaca que "até 1999, a oferta de serviços de atenção à saúde para os povos indígenas ocorria de forma esporádica, desenvolvida por equipes que percorriam terras indígenas realizando assistência médica e outras ações pontuais". Quanto a universalidade e igualdade ainda não eram validados para os povos originários, esse cenário mudou com a Lei Arouca. Sobre a Lei Arouca de nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, pode-se afirmar que foi um marco bastante importante no âmbito da saúde da população indígena

Nesse contexto, é fundamental enfatizar o proposto pelo Conselho dos Direitos Humanos no dia 29 de junho de 2006 e aprovado pela Assembleia Geral da ONU em 13 de setembro de 2007, que tornou oficial na 107a Sessão Plenária da ONU em Nova York, a Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas, que é um documento da Organização das Nações Unidas (ONU) que estabelece os compromissos que os Estados assumem com base nos propósitos e missões da Carta das Nações Unidas.

A Declaração, com 46 (quarenta e seis) artigos, reconhece a importância do respeito para todos os povos e declara que as crenças baseadas em superioridade racial, religiosa, étnica ou cultural são racistas e condenáveis. Reafirma o direito dos povos indígenas de serem livres de toda a forma de discriminação. Além disso, a resolução enfatiza a necessidade de proteger os direitos dos povos indígenas através da elaboração de tratados, acordos e políticas que reduzam os problemas causados pela exploração e destaca a injustiça histórica que os nativos sofreram como resultado da colonização. Por fim, destaca o papel dos povos indígenas no desenvolvimento sustentável, na gestão eficaz de recursos ambientais e no compromisso da ONU de proteger os direitos dos povos indígenas.

A mobilização dos povos originários, inclusive de etnias estrangeiras têm sido permanentes desde a pandemia de Covid 19. Em particular, a cidade Manaus absorveu um número significativo de indígenas em busca de melhores condições de vida e de cuidados em saúde. Em 2024, a cidade conta com pouco mais de 71 mil pessoas indígenas (IBGE, 2022).

O protagonismo do AIS em contexto urbano

Em tempo de pandemia a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) contratou 11 profissionais na categoria de Agente Indígena de Saúde (AIS), sendo 05 destes, para atuar na zona norte de Manaus. O AIS é o profissional que o chefe da aldeia, cacique, procura para relatar alguma necessidade do seu povo. Sabemos nas aldeias, o agente encaminha as demandas para o Polo Base, para que seja atendida a necessidade ou realizada a referência para outro nível de atenção à Saúde no SUS. Por razões diversas, essa população tem sofrido um deslocamento para áreas urbanas. Esse cenário foi notório em tempo de pandemia, na cidade de Manaus.

O AIS que vive em contexto urbano possui novos desafios que vão além dos desafios nas aldeias. Os AIS desempenham necessitam conhecer as comunidades, na maioria multiétnicas, os usuários, estabelecendo conexões e escutando as demandas. O seu papel é de articulação entre a pessoa indígena, profissionais de saúde e as instituições de saúde. Os AIS são vistos como detentores de um saber específico, atuando como profissionais de saúde nas comunidades indígenas, urbanas e não urbanas, alicerçando vínculos com essa população, sendo capaz de construir redes para acesso aos serviços de saúde (Artini, 2023; Diehl *et al.*, 2012; Garnelo, 2020), considerado as diversidades sociais e culturais.

No contexto urbano da zona norte de Manaus, foi realizado o cadastramento das comunidades indígenas, tendo a importante atuação dos AIS vinculados ao Distrito de Saúde Norte. A partir do Cadastro Individual realizado por estes profissionais nos territórios das comunidades indígenas trouxeram as demandas e as condições epidemiológico da área.

Figura 1. AIS Macuxí no Teatro Amazonas.

Fonte: arquivo AIS- DISAN- 2021.

O AIS fez o entrelaçamento, da rede de cuidado, unindo e permitindo o acesso da comunidade indígena, aos serviços de saúde e contribuindo na comunicação entre instituições (Artini, 2023; Cordeiro *et al.*, 2020), constituindo uma Rede Viva na atenção primária à saúde. Ressaltamos que a atuação do profissional AIS e seus pares no território urbano da zona norte de Manaus, até outubro de 2024, tem contribuído com a integralidade do cuidado, possibilitando ir além dos muros biomédicos, com foco na valorização cultural e saberes dos indivíduos no território do qual faz parte para a produção do cuidado em saúde (Artini, 2023; Viegas & Penna, 2015).

Desterritorialização e reterritorialização de um AIS Macuxi durante a pandemia de Covid-19

Haesbaert (2010) afirma que o processo de desterritorialização e reterritorialização é um movimento complexo de territorialização, que inclui a vivência concomitante de diversos territórios. Esse processo pode ser

considerado como uma das marcas fundamentais de no século XXI. Assim, é válido pontuar para os leitores que essa movimentação possibilitou a interação de um AIS da etnia Macuxi, oriundo da fronteira de Roraima, com moradores indígenas de diversas etnias que vivem nos territórios das comunidades étnicas e multiétnicas da zona norte da cidade de Manaus.

Figura 2. Processo de cadastramento das comunidades indígenas

Fonte: AIS – DISAN, 2022.

De acordo com Haesbaert, nos processos de desterritorialização/reterritorialização, estão imbricadas as dimensões política e cultural. Estes podem produzir a transformação de marcos históricos, identidades, relações políticas e econômicas, alterando os antigos laços/fronteiras econômico-políticos de integração. Assim, as pessoas e grupos grupos sociais passam por mudanças significativas no processo de desterritorialização e reterritorialização nos contextos migratórios, especialmente da população indígena que migra dos seus territórios originários para a cidade.

Durante a experiência vivida no cenário pandêmico, na cidade de Manaus, foi importante considerar os impactos do processo de desterritorialização e reterritorialização, entendido como linha de fuga, segundo as narrativas vivências por um dos AIS de etnia Macuxi, que o impulsionou

a desterritorializar-se de seu lugar de origem, comunidade indígena Raposa I em Normandia RR (Fronteira), e reterritorializar-se na capital do Amazonas. Posteriormente se tornou um profissional singular na produção de rede de cuidado nas múltiplas comunidades indígenas da zona norte de Manaus. Ressaltamos que a multiplicidade de etnias no espaço urbano foi primordial a importância de integração e interação desses profissionais no território das comunidades indígenas.

Para o AIS Macuxí, o processo de reterritorialização mostrou-se árduo, devido as necessidades de adaptação, aceitação e vivência em um novo universo coletivo, sendo indispensável o ato de esvaziar-se em meio as diversidades socioculturais para absorver o novo. Assim, o trabalho em saúde significou construir novas redes vivas que promoveu novas formas de se relacionar com o território. A ideia de rede viva está baseada em Merhy (2014), que entende que a produção de redes é um modo de construir relações e conexões entre as pessoas e o coletivo, promovendo novos modos de viver. No contexto da produção do cuidado no território das comunidades da zona norte de Manaus, foi possível a partir do trabalho do profissional AIS, observar melhor resultado no tecer das redes para garantir a prática do cuidado em saúde.

Sobre as lentes de uma rede viva: micropolítica da gestão do trabalho

A presente experiência mostrou que a micropolítica da gestão do trabalho e dos processos de cuidado, fazem parte do trabalho vivo em territórios específicos da APS. Feuerwerker (2014, p. 68) pontua sobre o modo de se pensar a política e a gestão em saúde em meio as complexidades do mundo: "Todos fabricam políticas em seu cotidiano de trabalho". Foi notável observar como o trabalho foi executado nas comunidades indígenas, pelos AIS, em que se estabeleceu uma relação entre os sujeitos multiétnicos, imbricados na situação de cuidado.

Segundo Franco e Merhy (2013), a micropolítica é sempre um campo de relações de poder na produção cotidiana do cuidado. Como resultado, estudar o conceito de trabalho vivo em ato, criado por Mehry, como o potencial de mudar as práticas diárias. Nesse contexto, o profissional de saúde deve ter uma percepção para além da pessoa, englobando também aspectos culturais, sociais e ambientais que possam contribuir para a continuidade desse movimento. Para melhor sustentabilidade dessa Rede Viva é importante conhecer a realidade do território sob o qual o profissional irá atuar, trazendo a comunidade para dentro do serviço, com o intuito de identificar as demandas que afetam essas pessoas (Merhy *et al.,* 2014).

No território da zona norte de Manaus, o AIS e seus pares de etnias Tukano, Mura, Tikuna, realizaram o ato da escuta para compreender as necessidades das pessoas das comunidades indígenas, respeitando as dimensões culturais e sociais dos indivíduos e reconhecendo a importância da autonomia no processo do cuidado. Ou seja, entenderam que o cuidado é partilhado entre os atores sociais, que juntos o constroem nas Redes de Atenção à Saúde (Hadad & Jorge, 2018). Essa interação para a construção dessas redes partiu do AIS, no território das comunidades indígenas multiétnicas. A conexão entre pessoas plurais produziu diferentes conexões, significados, relações, afetando a vida de forma direta ou indireta (Abreu Filho, 1998).

De acordo com Merhy *et al.* (2014), os usuários e a comunidade da qual fazem parte são exemplos de Redes Vivas, pois estão em constante movimento, construindo, compartilhando saberes e cuidados em meio a diversidades, acolhendo as vivências, criando conexões, que se manifestam em múltiplas possibilidades (Artini, 2023; Merhy *et al.,* 2014). Ressaltamos que essas redes surgem a partir das demandas dos usuários e atuam por um tempo determinado para solucionar a necessidade, podendo permanecer ou não, como por exemplo, a rede vigilância epidemiológica.

Vigilância em saúde: uma rede nos territórios das "aldeias urbanas" da zona norte de Manaus

A vigilância em saúde possui como componente a vigilância epidemiológica que tem por finalidade estabelecer a detecção e prevenção de doenças e agravos transmissíveis à saúde e seus fatores de risco no território. Para isso, o processo de trabalho do Agente de Endemias (ACE), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Indígena de Saúde (AIS) devem estar alinhados, especialmente em tempo de pandemia Covid-19.

Em 2020, uma equipe de pesquisadores da Fiocruz e da Fundação Getúlio Vargas (FGV) elaborou um relatório sobre o risco de disseminação da Covid-19 em populações indígenas, analisando o potencial de propagação da Covid-19 nessa população com base nas questões geográficas e sociodemográficas que as tornam mais vulneráveis. Segundo o relatório, a chegada da Covid-19 representou um desafio significativo para as comunidades indígenas, as autoridades de saúde e a sociedade em geral, no sentido de garantir a proteção e prevenção contra essa nova doença, a qual pode trazer impactos significativos para a saúde e o bem-estar dessas populações. Do ponto de vista epidemiológico, de acordo com Andrey Moreira Cardoso, os povos indígenas são mais vulneráveis, estando em desvantagem econômica, social e de saúde em relação a outros grupos nas mesmas localidades, inclusive no Brasil.

A contratação dos AIS, pela SEMSA, em tempo de Covid-19, fortaleceu a vigilância epidemiológica nos territórios da zona norte, com identificação e notificação de agravos, tendo em vista a necessidade de ação conjunta com os agentes de endemias, em tempos distintos, em que sinalizam as demandas de vigilância nos territórios. De forma geral, as comunidades indígenas da zona norte de Manaus estão localizadas em lugares de difícil acesso, daí a necessidade de planejamento estratégico para alcançar essas áreas, para sinalização e realização das práticas dos profissionais capacitados, em relação a identificação de agravos e coleta de materiais com possível risco de contaminação.

A experiência, alinhada ao setor de Vigilância Epidemiológica / DISAN e Núcleo de Ações Estratégicas /DISAN, contribuiu para dar visibilidade ao contexto epidemiológico dessas comunidades. No período de 2020/21, durante a pandemia, até o mês de abril/ maio de 2023, foram coletados dados e construído a 1ª mostra com o perfil epidemiológico das comunidades indígenas da zona norte de Manaus. Como segue:

Quadro 1. demonstrativo do Perfil Epidemiológico das Comunidades Indígenas do Distrito de Saúde Norte.

Nº	Nome da Comunidade	Famí-lias	Pes-soas	M	F	<6 M	<2 A	<5 A	5 a 9 A	10 a 19 A	20 a 59 A	60 ou + A	Ges-tan-tes
1	Centro Comunitário dos TIKUNAS – Comunidade Indígena Wotchimaucû	27	118	55	63	0	3	5	16	29	60	6	1
2	Paxiubal	13	47	20	27	1	7	7	3	8	19	2	0
3	Maloka Bayaroá – Comunidade São João	21	101	52	49	0	1	6	8	22	54	10	0
4	Comunidade Povo Indígena Nova Vida	78	241	126	115	0	11	20	30	54	111	15	0
5	Comunidade Indígena Ineamãnatã	33	113	51	62	0	3	10	12	28	50	8	0
6	Comunidade Grupo de Famílias Indígenas do Monte Horebe	18	51	24	27	0	0	7	5	10	28	1	0
7	Comunidade do Povo Deni da Cidade de Deus	6	23	11	12	0	1	2	4	7	9	0	0
8	Comunidade Povo Indígena do Sol Nascente	53	175	85	90	3	16	4	20	36	83	13	0

9	Comunidade Indígena Kokama Imakana Riai Kiwikana – Irmãos e Primos	38	133	66	67	0	2	11	16	31	66	7	1
10	Comunidade Raimundo Mura	32	128	51	77	0	6	9	16	32	64	1	1
11	Comunidade Aspira	37	109	48	61	2	6	6	11	23	57	4	0
12	Comunidade Centro Cultural Lua Verde	16	59	27	32	0	2	3	8	15	28	8	2
13	Comunidade Indígena Kokama Uka Tapuya	34	106	55	51	0	7	1	13	21	59	5	2
14	Comunidade Indígena IFICAM	20	76	31	45	2	7	6	5	27	28	1	0
15	Comunidade Pupyngare Anawa Sâkyre	59	196	73	123	5	9	7	22	51	92	10	2
16	Comunidade Dois Irmãos	32	95	43	52	1	1	3	7	15	58	10	1
17	Comunidade Orquídea	79	271	127	114	2	14	17	21	61	139	17	5
18	Comunidade Ritamakuara	25	84	40	44	0	2	9	9	20	42	2	0
19	Comunidade Onça	29	79	36	43	0	2	5	9	13	42	8	0
20	Comunidade Waina Parque	58	164	83	81	3	6	12	16	34	86	7	4
21	Comunidade Mainuma	29	92	36	56	4	6	10	6	19	38	9	2
22	Comunidade Tataiara	130	430	209	221	2	7	25	35	91	241	30	0
Total		867	2891	1349	1542	25	119	185	292	647	1454	174	21

Fonte: arquivo AIS -NUAES – DISAN -2022.

Nº	Nome da Comunidade	Peso			Fumantes	Uso do álcool	Uso de drogas	HTA	Diabé-ticos	AVC DER-RAME
		Abaixo	Adequado	Acima						
1	Centro Comunitário dos TIKUNAS – Comunidade Indígena WOTCHIMAUCÜ	0	0	4	1	3	0	2	1	0
2	Paxiubal	4	0	0	8	9	0	1	0	0
3	Maloka Bayaroá – Comunidade São João	6	0	12	9	15	2	0	2	0
4	Comunidade Povo Indígena Nova Vida	0	0	7	30	45	3	7	9	0
5	Comunidade Indígena Ineamãnatã	6	0	18	5	12	2	12	4	0
6	Comunidade Grupo de Famílias Indígenas do Monte Horebe	2	0	16	3	12	0	3	3	0
7	Comunidade do Povo Deni da Cidade de Deus	1	0	4	2	3	2	1	0	0
8	Comunidade Povo Indígena do Sol Nascente	8	0	8	0	0	0	5	4	0
9	Comunidade Indígena Kokama Imakana Riai Kiwikana – Irmãos e Primos	2	0	12	12	27	1	9	0	0
10	Comunidade Raimundo Mura	9	0	23	8	1	0	8	3	0
11	Comunidade Aspira	0	0	18	5	16	0	7	3	0
12	Comunidade Centro Cultural Lua Verde	2	0	10	0	0	0	9	0	0
13	Comunidade Indígena Kokama Uka Tapuya	5	0	14	6	0	0	10	6	0

14	Comunidade Indígena IFICAM	2	0	9	8	8	0	9	0	0
15	Comunidade Pupyngare Anawa Sâkyre	6	0	22	7	0	0	27	8	0
16	Comunidade Dois Irmãos	1	0	15	13	15	1	11	3	0
17	Comunidade Orquídea	9	0	31	12	0	0	29	12	13
18	Comunidade Ritamakuara	0	0	0	0	0	0	6	0	0
19	Comunidade Onça	4	0	13	3	10	0	7	0	0
20	Comunidade Waina Parque	9	0	19	17	15	6	8	5	5
21	Comunidade Mainuma	0	0	18	0	4	0	7	7	3
22	Comunidade Tataiara	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		76	0	273	149	195	17	178	70	21

Fonte: Arquivo AIS- NUAES – DISAN, 2022.

A mostra epidemiológica fortaleceu o processo de trabalho dos AIS nos territórios das comunidades indígenas, no que se refere a comunicação com o setor da vigilância, com as áreas programáticas de saúde, particularmente as que possuem indicadores de saúde, como por exemplo, os programas de Hiperdia, Tuberculose (TB) e Hanseníase. A partir da identificação dos agravos, os AIS têm participação primordial desde a sinalização dos casos em espaços indígenas, no acompanhamento de alguns casos como de TB, até a alta, juntamente com profissional capacitado em TB nas unidades de saúde. É válido ressaltar que foram identificados no território das comunidades 43 pessoas indígenas deficientes, além de alguns outros casos que acometeram essa população, tais como: Renal (05) Pulmonar (47), problemas de coração (12), Hanseníase (01), HIV (02) e Neoplasia (07). Dentre as ações, ainda destacamos o protagonismo do Programa da saúde nutricional em território das comunidades indígenas, em razão dos resultados que apontam 76 pessoas indígenas em condição de baixo peso e 273 acima do peso.

Casos de tuberculose em indígenas e estratégia de mitigação na zona norte de Manaus

A tuberculose permanece como um grave desafio para a saúde pública global, ocupando a 13ª posição entre as causas gerais de morte, sendo a segunda mais letal entre as doenças infecciosas, só perdendo para a Covid-19 (superando o HIV/AIDS). A TB pode ser prevenida, tratada e curada. No Brasil, em 2023, foram notificados aproximadamente 80 mil casos. Em reação a essa situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fixou a meta de erradicar a tuberculose como um problema de saúde pública até o ano de 2035. Para isso, foram definidos objetivos desafiadores, como a identificação precoce da doença em grupos de risco elevado. Entre esses grupos, a população indígena se destaca por registrar as maiores taxas de incidência e prevalência de tuberculose. Essa realidade pode ser atribuída a uma série de fatores socioeconômicos e de saúde que impactam essa população vulnerável.

Pesquisas recentes indicam que as taxas de incidência de TB entre os indígenas podem ser até quatro vezes maiores do que as observadas na população em geral. Nesse contexto, destacamos o trabalho do AIS Macuxí e seus pares nas comunidades indígenas da zona norte de Manaus, que teceram redes com a área técnica de vigilância em Saúde (DISAN) para a produção do cuidado, monitoramento e mitigação das pessoas indígenas acometidas de tuberculose, no território.

O monitoramento contínuo nas comunidades da zona norte de Manaus não tem sido uma tarefa fácil. No entanto, a equipe de vigilância do Distrito de Saúde Norte tem registrado os casos suspeitos de tuberculose, identificados pelos agentes comunitários de saúde e agentes indígenas de saúde. O quadro epidemiológico realizado pela equipe de AIS da zona norte de Manaus (2020/21 a junho de 2023), conferido pelos demais profissionais de saúde, retrata 05 casos de TB em pessoas indígenas que foram acompanhados pela área técnica do programa da tuberculose da vigilância em saúde do DISAN. O processo de trabalho da equipe de vigilância tem alcançado resultado positivo por meio das atividades dialogadas realizadas nas comunidades.

A imagem 2 retrata profissional de saúde da área técnica da tuberculose, implicada no território das comunidades indígenas urbanas da zona norte de Manaus, realizando atividade dialogada com população indígena, particularmente de etnia Warao[7], alguns já familiarizados com o idioma de língua portuguesa.

Figura 3. Espaço comunitário da zona norte de Manaus.

Fonte: arquivo vigilância DISAN, 2023.

O SUS em ato: o olhar de uma nutricionista em território indígena da zona norte de Manaus

Os resultados da mostra epidemiológica (2021 a 2023) das comunidades indígenas da zona norte de Manaus, retratam 76 pessoas indígenas em condição de baixo peso e 273 acima do peso inseridas no universo de 2891 pessoas, sendo 867 famílias. Nesse contexto, projetamos a necessidade de elaboração de estratégias com base na equidade, uma das diretrizes do SUS, a fim de garantir a continuidade de atividades educativas nutricionais nesses espaços multiétnicos. Além da obesidade, observamos na mostra, o quantitativo expressivo de pessoas indígenas com problemas de hipertensão e diabetes.

7 Principal contingente de migrantes e refugiados indígenas que chegam da Venezuela ao Brasil.

Seriam esses problemas ocasionados pelo processo de aculturação no contexto urbano? As situações mencionadas, inclusive nas referências anteriores foram o que me motivaram a estar presente, desenvolvendo o trabalho em ato nos territórios das comunidades indígenas. Foi essencial estabelecer vínculos com essa população, desenvolver práticas educativas para melhorar a qualidade de vida, especialmente a alimentação. Assim, na atuação como nutricionista, foi essencial compreender os hábitos e práticas alimentares, estabelecer trocas de saberes, em meio as diversidades e especificidades de cada etnia.

Figura 4. Atividades dialogadas em território indígena, 2023.

Fonte: equipe Nutrição – DISAN, 2022.

Ressaltamos a importante atuação do AIS nesses territórios, no que se refere a identificação e alinhamento das redes de cuidado para a saúde nutricional dos povos originários. Com a mostra epidemiológica realizada pelos AIS, foi possível criar estratégias para proporcionar cobertura de segurança alimentar e nutricional nessas comunidades, a partir de incentivos e orientações referentes a plantação, para o consumo da alimentação, e o desenvolvimento de hábito na construção de canteiros para cultivo de temperos (cebolinha, coentro, chicória, caruru, luzerna (alfafa), espinafre amazônico…) e inúmeras outras Plantas Alimentícias Não Convencionais (PAN).

Em suma, as ações da APS na zona norte de Manaus marcam o trabalho como uma atividade coletiva, promovendo a educação alimentar, em comunidades indígenas contempladas ou não nas áreas de abrangência das unidades de saúde, desconstruindo alguns conceitos e inúmeras situações de preconceito nutricional, seja por desnutrição ou obesidade. "No campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir" (Merhy, 1999, p. 1).

Considerações Finais

A experiência buscou evidenciar as Redes Vivas do profissional AIS, nos territórios das comunidades indígenas da zona norte da cidade Manaus, bem como, discutir a partir dos encontros realizados com estes profissionais, as situações epidemiológicas existentes nos territórios destas comunidades, tais como tuberculose, hanseníase e agravos das situações nutricionais. O resultado das ações foi a construção de estratégias que contribuíram para a continuidade do monitoramento e o fortalecimento das redes vivas tecidas nesses espaços.

Foi importante considerar as conquistas e dificuldades vivenciadas por um dos AIS da etnia Macuxi, que sofreu processo de desterritorialização e reterritorialização, no cenário pandêmico, bem como sua inserção e contribuição no contexto do Sistema Único de Saúde, especificamente na atenção primária à saúde da zona norte da capital do Amazonas que projeta maior representatividade indígena nos territórios urbanos.

Nos processos de desterritorialização e reterritorialização estão imbricadas as dimensões política e cultural, o que tem sido grande realidade atualmente. A partir das narrativas do indígena Macuxí, percebemos como a mudança de território impactou sua participação na área da saúde, atuando como Agente Indígena de Saúde em comunidades urbanas. Além disso, a experiência possibilitou o entendimento sobre a importância da integração e interação entre diferentes etnias no contexto urbano das comunidades

indígenas da zona norte de Manaus, bem como a possibilidade da troca de conhecimentos com outros profissionais de saúde.

A experiência possibilitou aos AIS, particularmente, ao AIS Macuxi, uma compreensão mais ampla sobre os processos de desterritorialização e reterritorialização, indo além das fronteiras geográficas e ampliando os seus recursos sociais que possibilitam interferir e contribuir pessoas e instituições. A resiliência tornou-se a melhor condição para potencializar a luta pela saúde dos povos indígenas, particularmente os que vivem em contexto urbano, por meio da integração sociocultural baseada no princípio da equidade. Reterritorializar é se deixar implicar com as necessidades do território, buscando melhorias para si e para o coletivo. Sendo assim, os agentes indígenas na zona norte de Manaus, Macuxi, Mura[8], Ticuna[9] e Tukano[10], em suas diversidades étnicas, têm se projetado como Rede Viva em contexto Urbano da capital manauara.

Referências

Abreu Filho, O. (1998). Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia. Mana, 4, 143–146. https://doi.org/10.1590/S0104-93131998000200008

Artini, A. A. F. (2023). Redes Vivas: O processo de trabalho de um agente indígena na Atenção Primária à Saúde em Manaus – Amazonas [Dissertação (PPGVIDA), Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane.]. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61876

Brasil, F. N. de S. (2005). Formação inicial para agentes indígenas de saúde: Módulo introdutório. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agentes_indigenas_introdutorio.pdf

Cordeiro, G. O. G., Barra, C. de C. S., & Silva, F. A. da. (2020). Hitupmã'ax: Educação intercultural e atendimento diferenciado à saúde do povo maxakali. História,Ciências,Saúde-Manguinhos, 27, 199-218. https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000100012

Diehl, E. E., Langdon, E. J., & Dias-Scopel, R. P. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. Cadernos de Saúde Pública, 28, 819–831. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002

Feuerwerker, L. C. M. (2014). Micropolítica e saúde: Produção do cuidado, gestão e formação (1o ed). Rede Unida.

Funasa, F. N. de S. (2005). Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde—Módulo Introdutório. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agentes_indigenas_introdutorio.pdf

8 Povo indígena que ocupam vastas áreas no complexo hídrico dos rios Madeira, Amazonas e Purus. Vivem tanto em Terras Indígenas, quanto nos centros urbanos regionais

9 Povo ameríndio que vive na fronteira do Brasil com o Peru e na Colômbia.

10 Grupo indígena que habita o noroeste da Amazônia, no Brasil e na Colômbia, às margens do Rio Tiquié

Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Relatório avalia disseminação da Covid-19 entre indígenas. ENSP/Fiocruz, 1.

Garnelo, L. (with Sampaio, S. de S., & Pontes, A. L.). (2020). Atenção diferenciada: A formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Editora Fiocruz.

Guterres, A. (2023). Mensagem do Secretário-Geral da ONU, António Guterres, para o Dia dos Direitos Humanos, assinalado em 9 de dezembro de 2023. Organização das Nações Unidas. https://brasil.un.org/pt-br/250343-secret%C3%A1rio-geral-da-onu-somos-um-mundo-dividido-podemos-e-devemos-ser-na%C3%A7%C3%B5es-unidas,

Hadad, A. C. A. de C., & Jorge, A. de O. (2018). Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. Saúde em Debate, 42, 198–210. https://doi.org/10.1590/0103-11042018S416

Haesbaert, R. (2010). Território e multiterritorialidade: Um debate. GEOgraphia, 9(17), Artigo 17. https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2007.v9i17.a13531

Leite, J. A., Assis, M. M. A., & Cerqueira, E. M. de. (2003). Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 56, 178–183. https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200014

Martins, F., Schweickardt, K., & Schweickardt, J. (2022). Cartografias do cuidado no território líquido: A produção da saúde ribeirinha na Amazônia (1o ed, Vol. 21). Editora Rede Unida.

Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: A alma dos serviços de saúde. 108–137. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_ato_de_cuidar a_ alma_dos_servicos_de_saude/59

Merhy, E., Paula, M., Gomes, C., Silva, E., Fátima, M., Santos, L., Cruz, K., & Franco, T. (2014). Redes Vivas: Multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgacao em Saude para Debate, 52, 153.

Nunes, E. S. (2010). Aldeias Urbanas ou Cidades Indígenas? Reflexões sobre índios e as cidades. Espaço Ameríndio, 4(1), 9–30. https://doi.org/10.22456/1982- 6524.8289

Pontes, A. L. de M. (2013). Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da política de saúde indígena [Doutorado em Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13928

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (2022). Tuberculose: A prevenção começa pela cura. Secretaria de Estado de Saúde. https://www.saude.mg.gov.br/tuberculose

Vaz, I. F., Paiva, N. S., & Viana, P. V. de S. (2023). Evolução espaço-temporal da incidência de tuberculose em indígenas e não indígenas no Brasil, no período de 2011 a 2022. Revista Brasileira de Epidemiologia, 26, e230055. https://doi.org/10.1590/1980-549720230055

Viana, P. V. de S., Gonçalves, M. J. F., & Basta, P. C. (2016). Ethnic and Racial Inequalities in Notified Cases of Tuberculosis in Brazil. 16. https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0154658

Viegas, S. M. D. F., & Penna, C. M. D. M. (2015). As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 19(55), 1089–1100. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275

Olimpíadas da terceira idade e práticas corporais na atenção primária como estratégia de promoção da saúde, Manaus/AM

Patrícia Guimarães Couto
Patricky Batista Da Silva
Thalita Souza Mendes
Maria de Fátima Falcão da Silva
Wendell Mattheus Amâncio da Silva

Introdução

A prática regular de atividades físicas desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e do bem-estar, especialmente para os idosos, quando o corpo passa por diversas mudanças físicas, cognitivas e emocionais. Manter-se ativo favorece a preservação da saúde, a prevenção e/ou redução de danos de doenças crônicas não-transmissíveis e a melhora da qualidade de vida. No entanto, sua efetividade e adoção podem ser substancialmente influenciadas por fatores locais, como as condições geográficas, socioeconômicas, culturais e ambientais. Dessa forma, para garantir que todos os indivíduos, independentemente de suas circunstâncias locais, tenham a oportunidade de se engajar em atividades físicas que promovam a saúde e o bem-estar, é necessário desenvolver intervenções que reconheçam e integrem as particularidades locais, garantindo a eficácia e a sustentabilidade de programas de atividades físicas.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades de Saúde da Família (UBS), a oferta de práticas corporais para a população em geral e especialmente para os idosos pode possibilitar cuidados de saúde acessíveis e holísticos para a comunidade. Integrar serviços de práticas corporais nas

unidades de saúde e incentivar e promover a participação dos idosos em eventos esportivos pode oportunizar a aderência à prática regular de atividade física e, dessa forma, estimular uma vida mais ativa e saudável, no âmbito da APS no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Educação Física passou a integrar as equipes de saúde com a Resolução do Ministério da Saúde de 2017 (Brasil, 2028) e, mais recentemente, com a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que regulamenta a atuação do profissional de Educação Física nas equipes multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, passou a atuar de forma complementar nas equipes da Atenção Básica. Com isso, passou a ser possível a oferta de práticas corporais nas unidades de saúde, ampliando a abordagem integrativa da saúde e proporcionando aos usuários uma gama mais diversificada de intervenções. A inclusão do Profissional de Educação Física nas equipes de saúde permite a implementação de atividades físicas e, consequentemente, a prescrição de programas de exercícios adaptados às necessidades específicas da população atendida.

A implantação de programas de atividade física em (UBS) já demonstrou ser satisfatória no município de Rio Claro - SP (Kokubun *et al.,* 2012), corroborando a ideia de que a integração da Educação Física na Atenção Primária à Saúde representa um avanço significativo na abordagem holística da saúde. Esse modelo não só enriquece a oferta de serviços nas unidades de saúde, mas também reforça a importância da colaboração entre diferentes profissionais para um cuidado mais completo e eficaz e ainda estimula o autocuidado do usuário, incentivando-o a assumir um papel ativo na sua própria saúde e a buscar práticas de atividade física como uma responsabilidade pessoal (Oliveira, 2018).

O objetivo deste trabalho é relatar as atividades desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física na APS, destacando o grupo de práticas corporais e a participação de idosos de uma USF na 23ª edição das Olimpíadas da Terceira Idade, em Manaus.

Metodologia

O relato é de uma experiência que contou com a participação de idosos do grupo de práticas corporais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada na zona norte da cidade de Manaus - AM. O grupo era parte das atividades dos pós-graduandos do Programa de Especialização em Saúde Pública, com ênfase na estratégia Saúde da Família (ESF), da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), em parceria com a Escola de Saúde Pública de Manaus (ESAP), constituindo uma equipe multiprofissional (eMulti). A equipe é formada por uma profissional de Educação Física, um psicólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta e uma assistente social. A profissional de educação física era a responsável pelo planejamento e condução das práticas corporais. O presente trabalho se restringiu às atividades desenvolvidas na USF no período de fevereiro de 2023 a março de 2024.

A USF atende cerca de 3.500 usuários cadastrados no SUS e contava para isso com cinco equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, uma equipe de gestão e uma eMulti, composta pelos pós-graduandos. Localizada em um bairro relativamente novo, a região ainda enfrentava desafios de infraestrutura, como falta de pavimentação e saneamento básico. Apesar disso, dispunha de creches, escolas, faculdades privadas, igrejas e uma rede comercial que incluía um *shopping center*. A população do território, predominantemente de classe média baixa, incluía indígenas urbanos e pessoas de diferentes nacionalidades em situação de alta vulnerabilidade social.

O grupo de práticas atendia cerca de 90 usuários de diversas faixas etárias. As atividades ocorriam quatro vezes por semana, com duração aproximada de 90 minutos, no pátio de uma igreja próxima à USF, utilizando recursos disponibilizados pela própria comunidade. As atividades eram planejadas para atender às necessidades e condições de saúde dos participantes, com o objetivo de promover a saúde geral, melhorar a qualidade de vida e complementar o cuidado holístico oferecido pela Atenção Primária em

Saúde (APS). Entre as principais práticas realizadas estavam exercícios de alongamento e flexibilidade, atividades para equilíbrio e coordenação motora, propostas lúdicas e recreativas, além de exercícios funcionais, de fortalecimento muscular e atividades aeróbicas.

Um grupo da terceira idade foi criado especialmente para participar das Olimpíadas da Terceira Idade de Manaus, uma competição promovida pela Fundação Manaus Esporte, da Prefeitura Municipal. Nessa competição, a USF foi representada por 30 idosos, com idades entre 50 e 84 anos, separados em categorias de acordo com a faixa etária, nas seguintes modalidades: lance livre na cesta, boliche, jogo de argolas e lançamento ao alvo. Vale destacar que, apesar de o Estatuto do Idoso definir como idoso aquele com 60 anos ou mais, para a competição a faixa etária foi ampliada para incluir pessoas a partir dos 50 anos. Isso se deve à observação de que indivíduos nesta faixa etária também enfrentam desafios significativos relacionados à socialização e à prática de atividades físicas. Reconhecer e abordar essas questões mais cedo pode contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável.

Trinta e um grupos da capital amazonense e de municípios adjacentes participaram da competição, que abarcava ainda outras modalidades esportivas. O grupo foi o primeiro de uma unidade de saúde a participar do evento, que estava na sua 23ª edição, fortalecendo a integração também de serviços entre as secretarias municipais de saúde e de esporte e cultura. Além dos treinamentos, os idosos passaram por exame clínico e exames complementares, assim como todos os demais participantes dos grupos de práticas corporais, por médico clínico da USF, ressaltando a intersetorialidade no serviço e a assistência aos usuários.

Resultados

As atividades realizadas pela profissional de Educação Física no cenário de prática consistiram em atendimento individual e compartilhado, atividades coletivas, reuniões de equipe, acolhimento, construção de projeto terapêutico singular (PTS), programa saúde na escola (PSE) e educação popular em saúde.

Os grupos de práticas corporais são incluídos nas atividades coletivas, para cômputo de produção. Nos próximos parágrafos, serão relatadas algumas dessas atividades, com ênfase nas atividades coletivas de práticas corporais e na participação dos idosos do grupo nas Olimpíadas da Terceira Idade.

Os atendimentos individuais eram realizados a partir de encaminhamentos feitos por médicos ou enfermeiros da própria unidade de saúde. Durante esses atendimentos, eram conduzidos procedimentos como anamnese, avaliação física e orientações sobre atividades físicas e metas, além de troca de informações sobre hábitos de vida. Quando a pessoa tinha o perfil para algum dos grupos, de atividades coletivas, havia o encaminhamento para esses grupos. No entanto, havia limitações significativas na continuidade do atendimento. Não era possível encaminhar os usuários para outros locais de prática devido à falta de centros de esporte e lazer na região e à ausência de parcerias com outros centros. Adicionalmente, as pessoas enfrentavam dificuldades relacionadas ao transporte para participar de atividades em centros distantes de seu bairro, tanto devido ao acesso limitado de transporte público quanto à restrição financeira, que dificultava a disponibilidade de recursos para as passagens.

Em um caminho inverso de atendimento, havia usuários que ingressaram diretamente no grupo de práticas corporais. O grupo era aberto à população e muitos recebiam indicação para participar a partir de pessoas que já participavam ou a partir de cartazes espalhados na USF e igreja. Ao ingressarem, os novos participantes eram recebidos de forma acolhedora e passavam por uma triagem inicial, que tinha como objetivo compreender suas necessidades e demandas iniciais. Essa etapa permitia uma avaliação rápida e superficial, garantindo que cada indivíduo fosse orientado de acordo com suas necessidades específicas desde o início. Em seguida, era solicitado hemograma, exame de urina e eletrocardiograma para homens a partir de 40 anos e mulheres a partir de 50 anos de idade.

Com os resultados em mãos, o médico da ESF realizava o atendimento, em uma consulta compartilhada com a profissional de Educação Física, em que eram avaliados os fatores de risco para a prática de exercícios, as medicações e

renovações de receita médica para a dispensação de medicamentos na farmácia do SUS e demais encaminhamentos ou tratamentos médicos necessários para cada pessoa. Essa experiência de partilhar o cuidado proporcionou ampliação da clínica das categorias e enriqueceu o matriciamento de cada caso, além de gerar segurança e satisfação dos usuários, segundo seus relatos.

As atividades coletivas, além de integrarem a produção do cuidado na APS, são essenciais na atuação do profissional de Educação Física. O grupo de práticas corporais, focado na realização de exercícios físicos, foi fundamental para fortalecer o vínculo com os usuários e com a comunidade em geral. O grupo começou suas atividades no estacionamento da clínica, mas devido à dificuldade de remanejar os carros dos funcionários, foi necessário buscar um novo local para as práticas. Assim, estabeleceu-se uma parceria com uma igreja católica próxima à USF, que ofereceu um espaço aberto com chão cimentado ao lado da igreja, além de um pequeno salão coberto nos fundos. Com o tempo, o número de participantes cresceu consideravelmente, refletindo o sucesso e a aceitação do grupo.

As principais atividades realizadas, como citado anteriormente, eram de fortalecimento muscular, circuito funcional, exercícios de alongamento e flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora, atividades lúdicas e recreativas, além de atividades aeróbias, ajustadas para atender às condições de saúde individuais dos participantes. As aulas aconteciam com o mínimo de material. A caixa de som era de uso pessoal do profissional ou de algum usuário que se disponibilizava a levar. Além disso, utilizavam-se alguns bambolês, cones chineses — doados à USF pelo médico da Estratégia da Família —, cabos de vassoura e garrafas PET, que eram reutilizados para as atividades.

A seguir, apresentaremos algumas práticas de sucesso que vivenciamos ao longo da implementação das atividades, destacando os resultados positivos e as experiências enriquecedoras que contribuíram para o fortalecimento do vínculo com a comunidade. Nas práticas corporais, os usuários vestiam uma camisa personalizada, desenvolvida especialmente para o grupo. Os interessados tinham a opção de adquirir a camisa, uma ideia que se mostrou

bastante eficaz e bem recebida. Ao vestir a camisa, os participantes não só se sentiam parte do grupo, como também eram facilmente reconhecidos pela comunidade, funcionando como um meio de promover as práticas e reforçar a identidade do grupo. Além disso, durante as atividades, tivemos a oportunidade de organizar cafés da manhã em datas comemorativas. Nesses eventos, cada participante contribuía conforme suas possibilidades, trazendo lanches e bebidas para compartilhar, criando um ambiente de união e colaboração.

Em junho, realizamos uma festa junina que foi um grande sucesso. Os participantes ensaiaram uma quadrilha e a apresentaram em um espaço público próximo à USF. A festa foi animada, com os participantes vestidos a caráter. Algumas mulheres, para entrar no clima, se fantasiaram de homens, já que a maioria do grupo era feminina. Ao final da apresentação, todos se reuniram para um delicioso lanche com comidas típicas juninas e danças, que aconteceram no salão da igreja, promovendo um momento de celebração e integração comunitária. Outra experiência exitosa foi o dia de embelezamento, em que, em parceria com o Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM), que executa qualificação profissional, as participantes realizaram corte, hidratação e escovação nos cabelos, além de design em sobrancelhas. Também podemos destacar a gravação de vídeos curtos de coreografias, no estilo "TikTok", que se tornaram momentos de grande diversão e descontração durante as aulas. Essas atividades proporcionaram risadas e um ambiente leve, onde os participantes puderam se expressar de maneira criativa e se divertir em grupo.

Por fim, a implementação dos passeios culturais e regionais também foram experiência muito bem-sucedidas. Com o apoio de transporte fornecido pela Secretaria de Saúde do município, essa iniciativa teve resultados extremamente positivos, desempenhando um papel crucial no aumento do engajamento das pessoas. Além de estimular a prática de exercícios físicos, os passeios proporcionaram uma valiosa oportunidade de integração social e enriquecimento cultural, fortalecendo o vínculo dos usuários com os programas de atividade física e promovendo um maior envolvimento e satisfação.

Com a participação de todos os profissionais da eMulti, outras atividades coletivas foram realizadas, abrangendo grupos como o de Sobrepeso e Obesidade, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde Indígena e Hiperdia. A principal vantagem dessas abordagens coletivas é a integração de diferentes categorias profissionais, que permite um olhar mais amplo e diversificado sobre as necessidades dos participantes, além de promover uma rica troca de experiências entre os profissionais e os usuários. Por fim, o grupo também participava de ações de educação em saúde com os profissionais da eMulti, que traziam temas variados sobre saúde e alimentação, por exemplo, em rodas de conversa na parte final das aulas.

Em relação aos benefícios à saúde, observamos que as atividades coletivas ajudaram a controlar o peso corporal, reduzir o risco/complicações de doenças crônicas, fortalecer ossos e músculos e melhorar a saúde mental, com impactos na função cognitiva e autoestima. É fundamental na atenção primária incentivar e orientar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo, promover práticas corporais adequadas à sua condição de saúde e preferências. Observamos também que o contato regular e a interação com outras pessoas tiveram um impacto positivo, promovendo a sensação de pertencimento e apoio social. Esses resultados foram observados na prática, mas cabe relatar que existe um desafio na avaliação de impacto dessas intervenções, pois medir a eficácia dos programas de atividade física na APS é complexo, devido aos múltiplos fatores envolvidos na saúde dos usuários e à dificuldade em quantificar os benefícios de forma precisa, com escassez de recurso e insumos para coletas de dados.

A participação nas Olimpíadas da Terceira Idade de Manaus, em que os idosos participaram das competições nas modalidades de jogos de salão, foi o ponto alto das atividades. Além dos jogos, o evento proporcionou a participação da abertura e encerramento, com música ao vivo e grande interação social. A participação nas Olimpíadas da Terceira Idade teve um impacto significativo na saúde e na qualidade de vida dos participantes. Fisicamente, os idosos relatam

melhorias na mobilidade, resistência e em índices de saúde, como controle da pressão arterial e glicemia, que podem ser atribuídas à aderência às práticas corporais. Socialmente, os idosos puderam fortalecer os laços com os membros do próprio grupo e desfrutaram da interação com outros competidores, construindo novas amizades e trocando experiências. Emocionalmente, a competição proporcionou um senso de realização, autoconfiança e propósito, desafiando estereótipos sobre o envelhecimento e promovendo uma atitude positiva em relação à vida. A participação resultou na conquista de medalhas de ouro em duas modalidades da competição, trazendo enorme satisfação, orgulho e fortalecendo os laços da comunidade com a USF.

Dessa forma, a participação nas Olimpíadas da Terceira Idade representou uma experiência exitosa para os idosos do grupo de práticas corporais, tendo impactos biológicos, psicológicos e sociais positivos, reforçando a importância do envolvimento contínuo em atividades físicas e sociais para a promoção da saúde, autonomia, funcionalidade e vitalidade dos idosos e a importância da oferta de práticas corporais nas unidades de saúde. Além da adesão às práticas corporais, a oferta desse serviço viabiliza a continuidade e integralidade do cuidado, com consulta periódica, orientações multiprofissionais e educação popular em saúde, fortalecendo o vínculo entre a equipe e usuários da USF e transformando as condições de saúde da população e a realidade local desse território. Saúde não é questão apenas de assistência médica e medicamentos, por isso sugerimos que o fomento e a promoção de iniciativas semelhantes ações possam ser encorajadas. Ressaltamos a atuação das eMulti na intersetorialidade do serviço e na promoção da saúde na atenção primária.

Verificamos que o profissional de Educação Física, inserido na eMulti na APS, tem um papel crucial para oportunizar o acesso de grupos populacionais às práticas corporais. Outro aspecto interessante é que muitas vezes a pessoa entende que a conquista de sua saúde está relacionada diretamente com o procedimento medicamentoso, por uma questão de formação cultural, mas quando se engajam em atividades coletivas, recebem informações valiosas sobre

sua saúde e começam a perceber melhorias em sua vida diária. Temos relatos de usuários que, ao participar do grupo de práticas corporais, conseguiram superar dificuldades cotidianas, como brincar com os filhos ou netos, ir à padaria ou ao mercado e até mesmo subir degraus, evidenciando os benefícios funcionais e a transformação positiva proporcionada pela participação no grupo. Com esses resultados, podemos verificar o sucesso das atividades propostas, pois com as práticas corporais os usuários da USF desenvolveram autonomia com seu autocuidado, o que realmente se encaixa em uma prática de prevenção e promoção da saúde e qualidade de vida.

Cabe ainda ressaltar que o trabalho do profissional de Educação Física na APS enfrenta diversas dificuldades que podem impactar a eficácia e a abrangência de suas atividades. Entre os principais desafios estão os recursos limitados, pois muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) enfrentam restrições orçamentárias e falta de infraestrutura adequada para implementar e manter programas de atividade física. Além dessas dificuldades, o trabalho do profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde exige iniciativa e proatividade, pois frequentemente é necessário superar a falta de infraestrutura e recursos. Por meio de soluções criativas, como a utilização de espaços públicos, equipamentos improvisados ou tecnologias digitais, é possível garantir a qualidade das atividades oferecidas.

A colaboração entre profissionais de Educação Física e outros membros da equipe de saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, é essencial para um cuidado integrado. No entanto, a falta de coordenação e comunicação eficaz entre os profissionais pode dificultar a criação e a implementação de programas coesos e eficazes. Essa integração também exige que o profissional de Educação Física tenha conhecimentos sobre condições clínicas diversas e habilidades para adaptar atividades físicas a diferentes necessidades. Superar essas dificuldades requer um esforço contínuo para melhorar a infraestrutura, promover a capacitação dos profissionais e facilitar a integração eficaz entre os membros da equipe de saúde, além de estratégias para engajar e motivar os usuários.

Em conclusão, a atuação do profissional de Educação Física na APS demonstrou ser fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas. A diversidade de atividades realizadas, incluindo atendimentos individuais, práticas corporais coletivas e eventos sociais como cafés da manhã e festas juninas, não só enriqueceu a experiência dos participantes, mas também fortaleceu o vínculo entre a comunidade e a USF. A participação dos idosos nas Olimpíadas da Terceira Idade destacou-se como um ponto alto, evidenciando os benefícios significativos das práticas corporais para a saúde física, social e emocional dos participantes.

Apesar das dificuldades enfrentadas, como a limitação de recursos, a necessidade de integração multidisciplinar e desafios logísticos, a proatividade e criatividade do profissional de Educação Física foram essenciais para superar essas barreiras e manter a qualidade das atividades oferecidas. A implementação de passeios culturais e regionais mostrou-se uma estratégia eficaz para aumentar o engajamento e proporcionar benefícios adicionais para os usuários.

A experiência evidencia que, ao engajar os usuários em atividades coletivas e promover o autocuidado, os resultados vão além do simples controle de doenças, contribuindo para a autonomia e a melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais promovem a integração social, o fortalecimento da autoestima e a superação de limitações diárias, alinhando-se aos princípios de prevenção e promoção da saúde na APS, reforçando a importância de continuar investindo em atividades que promovam a saúde física e mental e que incentivem a participação ativa das pessoas em seu próprio processo de cuidado.

Referências

Brasil. (2013). Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União; 25 set.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Diário Oficial da União. 22 mar.

Kokubun, E., Luciano, E., Sibuya, C. Y., Queiroga, M. R., Ribeiro, P. A. B., Silveira, R. F., Nakamura, P. M. (2023). Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro--SP. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde [Internet], v 12(1), pp. 45-53. Disponível em: https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/805

Oliveira, A. R. (2018). Relato de experiência de uma professora de educação física na atenção primária à saúde com ênfase em atendimentos individuais numa perspectiva sócio-histórica. [Trabalho de conclusão de residência] Fiocruz Bahia.

PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023 - https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023- 484773799

Promoção de saúde bucal da população ribeirinha no município de Manicoré-AM: uso do diário como estratégia de planejamento

Mesraim Salef Rocha do Rosário
Maria Adriana Moreira
Sabrina Araújo de Melo
Vanessa Colares Magalhães Alves
Pablo Manuel oliveira almeida
Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

A Amazônia brasileira é comtemplada com um vasto território com aproximadamente sete milhões de quilômetros quadrados de grandes riquezas naturais que abriga uma grande diversidade de povos tradicionais, como ribeirinhos, indígenas e quilombolas, que vivem em estreita relação com os campos, florestas e território líquido. O território líquido se caracteriza pelas especificidades dessa região, onde temos os rios não apenas como um meio de transporte, mas também como uma via de comunicação que conecta os moradores com os outros, com os serviços de saúde e seu estilo de trabalho, o ritmo é marcado pelas cheias e secas desses rios onde mostra a necessidade de se reinventar na vida social, no trabalho e no acesso a saúde (Schweickardt *et al.*, 2016).

A população ribeirinha, em particular, habita as margens dos rios, adaptando suas atividades de sobrevivência, como pesca e cultivo, aos ciclos da natureza. Através do conhecimento tradicional sobre a agricultura e o manejo dos recursos naturais, os ribeirinhos garantem sua subsistência e renda familiar dentro de seu território onde se tem uma dificuldade maior quando se fala em acesso a saúde (Santos *et al.*, 2021).

Falando sobre a situação econômica dos povos ribeirinhos, a renda dessas populações é complementada por alguns recursos de programas do

governo federal e municipal, como o Programa de Transferência de Renda Bolsa Família. Apesar de termos o Programa Federal Luz para todos, a distribuição de energia elétrica ainda não é suficiente. Muitas comunidades foram contempladas com o Programa, contudo ainda é observado que as residências ainda possuem eletricidade instável e necessitam do suporte de geradores de energia, funcionando a base de combustíveis, também tendo a opção de energia solar e baterias.

O principal meio de transporte utilizado na zona rural é a canoa de madeira ou alumínio, que possuem acoplada a suas estruturas motores conhecidos como popularmente conhecido "rabetas" e motor de popa, que dependendo da situação financeira do proprietário pode variar de potência, visto que quanto maior a potência mais caro o motor, em algumas áreas se tem a opção de embarcações maiores com maior capacidade de transporte de carga e passageiros (Silva *et al.*, 2021).

Figura 1. Meios de transporte para zona rural na Amazônia.

Fonte: Autores, 2023.

A paisagem amazônica tem a várzea como local de vida e produção da população ribeirinha, tendo como influencia a dinâmica das águas como em período de cheia e seca. Nos últimos tempos, há a preocupação pelas mudanças

climáticas, que impactam os ciclos das águas, influenciando as grandes secas nessa na região Norte, criando problemas como a disponibilidade de água potável, alimentos e deslocamento dos povos das florestas de das águas. Povos que tem como atividade econômica a caça, pesca e o extrativismo vegetal, suas particularidades geográficas têm relevância sobre sua identidade sociocultural e o trabalho em saúde. O acesso às políticas públicas é feito pelos rios, que tem como característica o tempo e as distancias, portanto o transporte pode levar desde minutos a dias de distância. Esses fatores podem gerar situações de isolamento tanto no meio físico quanto social dessas comunidades. Assim, promover o cuidado e a atenção dessas populações se torna um grande desafio (Silva & Saldanha, 2023).

Com essa escrita buscamos relatar as condições, qualidade de vida e desafios enfrentados pelos povos que ocupam a área ribeirinha do nosso rio madeira, com foco no que se diz respeito a acesso aos serviços de saúde odontológicos. A análise foi feita por compreender a necessidade de criar políticas e estratégias da população atendida, que vive em sua maior parte e via o meio fluvial, que sofrem influência dos ciclos da cheia e seca e depende de recursos naturais. A descrição do território e das condições de vida, incluindo as moradias, o acesso a informações, serviços básicos, vida social, colaboram com a elaboração de estratégias para a promoção de saúde para esta população. Por fim, buscamos relatar as ações realizadas pela equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) no Barro Alto no município de Manicoré - AM.

Acesso à saúde bucal na Amazônia: rompendo o isolamento em Manicoré

Foi nesse contexto que a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a Prefeitura Municipal de Manicoré, iniciou um projeto desafiador: a implementação de equipes de saúde bucal em zonas ribeirinhas do município (Figura 2). Na execução do projeto, foram enfrentadas diversas dificuldades,

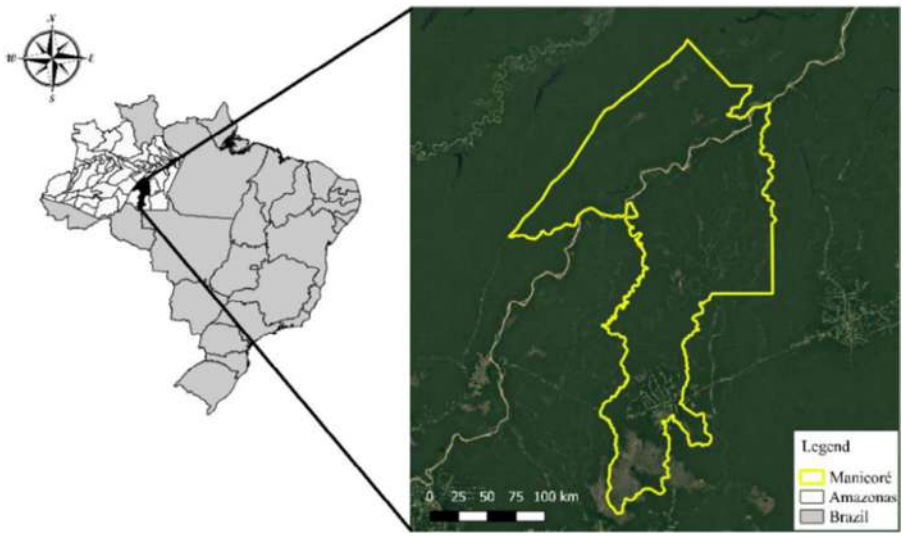
no entanto, os resultados obtidos foram e estão sendo extremamente significativos, contribuindo diretamente para a melhora na qualidade de vida e promoção da saúde bucal nas comunidades ribeirinhas da região (Rosário *et al.*, 2024, p. 182).

Figura 2. Uma das equipes de saúde da família da área ribeirinha.

Fonte: Autores, 2023.

Manicoré está localizado no interior do estado do Amazonas, região norte do país, pertencente ao sul amazonense e microrregião do rio madeira, com uma área total de 48 282,478 km² e uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) de 53.914 habitantes, sendo que desta população aproximadamente 22.000 habitantes residem em área ribeirinha e dentro desse território temos uma divisão de 7 polos centrais estratégicos Verdum, Cachoeirinha, Democracia, Capananzinho, Capanã Grande, São Vicente e Barro Alto onde tem a atuação das equipes de saúde da família ribeirinha.

Figura 3. Município de Manicoré, Amazonas, Brasil.



Fonte: SEMSA Manicoré, 2023.

A região do Norte do Brasil possui grandes desafios no que se refere ao acesso, especialmente para territórios onde se encontram as comunidades ribeirinhas, necessitando de um olhar diferenciado quanto as ações apresentadas no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que se orienta por um respeito às especificidades locais. Um eixo estruturante dessa Política é a ampliação do acesso e das atividades de saúde bucal por meio do atendimento fluvial e móvel. A comunidade do Barro Alto, onde foi realizado o presente trabalho, está integrada nessas especificidades, com uma equipe de saúde da família ribeirinha temos a equipe de saúde bucal presente onde pelo fato do isolamento e falta de acesso foi observado que a doença cárie tem se tornado mais evidente. Importante destacar que a equipe de saúde bucal necessita adequar-se aos contextos dessa região, para levar o cuidado odontológico aos usuários ribeirinhos.

A presença da Equipe de Saúde Bucal (ESB) nas comunidades ribeirinhas promove o bem-estar e saúde, tendo um impacto positivo na

saúde bucal dos usuários dessas comunidades. O território líquido traz em dificuldades de locomoção tanto para as equipes de saúde como para as populações. As equipes necessitam pensar no transporte de materiais e equipamentos odontológicos, e vale destacar que os equipamentos e materiais da saúde bucal são pesados o que dificulta mais ainda durante o transporte. Nesse sentido, alguns desafios foram encontrados no presente relato como a chuva, os extensos deslocamentos pelos rios, as longas distancias percorridas a pé, levando os equipamentos e materiais odontológicos de uma comunidade para outra as quais muitas das vezes a única via de acesso é por terra (Figura 4). Dito isso, a saúde de população ribeirinha na Amazônia Brasileira enfrenta muitas dificuldades para sua execução.

Figura 4. Locomoção da Equipe de saúde.

Fonte: Autores, 2023.

A atuação da equipe em área nas comunidades proporciona uma melhor qualidade de vida aos moradores por meio da presença e das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. A atenção em saúde visa contribuir com a prevenção de doenças e a redução de agravos bucais, superando a falta de acesso a serviços odontológicos e promovendo a educação em saúde para conscientizar sobre a importância da higiene bucal.

Figura 5. Cirurgião dentista atuando executando a educação permanente para equipe.

Fonte: Autores, 2023.

As estratégias de saúde bucal desenvolvidas no Barro Alto abarcou 20 comunidades, que juntas possuem a população de 1.775 pessoas de acordo com dados obtidos até março de 2024. Fonte: Coordenação de Planejamento, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/Manicoré). A coleta de dados foi feita por meio de anotações em diário de campo do cirurgião-dentista da área no momento que eram realizados os atendimentos individuais dos usuários e durante a realização das atividades coletivas.

A ideia do diário de campo e relatório surgiu de uma vivência do atual coordenador de saúde bucal do município, uma vez que já atuou na área ribeirinha e identificou a escassez de dados durante suas ações. A partir disso, observamos a necessidade de se evidenciar quais são os desafios e avanços que afetam a saúde bucal da população ribeirinha e a falta de um protocolo que detalhasse o dia a dia da equipe e ao mesmo tempo levantando dados importantes para o desenvolvimento de novas políticas públicas efetivas e estratégias regionais com maior impacto dentro de cada território.

O diário tem como finalidade relatar as atividades realizadas, ações, atendimentos, procedimentos, desafios encontrados no território, estratégias

utilizadas para o melhor desenvolvimento do trabalho e promoção de saúde, relato de experiência durante a viagem, o qual também visa incentivar a escrita de trabalhos que enfatizem as atividades realizadas nas comunidades ribeirinhas e ao final ser apresentado a gestão, apresentando a necessidade de desenvolver novas ideias, políticas e potencializar estratégias que estão sendo desenvolvidas.

Destacando que desenvolver ações de saúde bucal na Amazônia, em específico em comunidades ribeirinhas, é necessário realizar o planejamento em diálogo com a realidade local, buscando estratégias diferenciadas para promover a continuidade dos serviços de saúde bucal. A periodicidade de entrada da equipe de saúde bucal influencia diretamente no manejo e cuidado no âmbito da saúde bucal. Assim, as estratégias buscam um cuidado integral e contínuo da saúde da população ribeirinha.

Figura 6. Equipe de saúde bucal atuando com consultório portátil.

Fonte: Autores, 2023.

As atividades relatadas foram extraídas do relatório de viagem de rotina da equipe de saúde bucal que realizado a cada 15 e/ou 18 dias a cada mês. A viagem teve duração de dezoito dias tendo início dia 27.01.2024, finalizando 13.02.2024. O deslocamento da equipe ocorreu por meio de

embarcação, unidade móvel fluvial fretada para auxiliar no transporte da equipe e atendimento nas comunidades e regiões próximas pertencentes ao polo. Foram feitas atividades coletivas com ênfase na escovação e prevenção da doença cárie, com público-alvo crianças de até dez anos de idade acompanhadas dos pais, e com a participação também dos demais moradores de outras faixas etárias. O equipamento escovódromo se mostrou de grande importância pois gerou curiosidade e maior participação da comunidade, sobretudo das crianças. Foram distribuídos a cada atividade kits de higiene bucal infantil contendo creme dental, fio dental e escova.

Figura 7. Equipe de saúde bucal realizando promoção em saúde na comunidade.

Fonte: Autores, 2023.

É importante destacar que ainda foram feitos atendimentos odontológicos, ações coletivas e visitas domiciliares em áreas onde a embarcação não tinha possibilidade de chegar. Nesses casos, o acesso foi feito com uma lancha, embarcação de pequeno porte que acompanhou a viagem junto a embarcação de grande porte, em algumas comunidades os agentes comunitários de saúde auxiliavam com embarcação própria. Em casos como esses, a equipe se prepara e organizava os materiais a serem levados para atendimento ainda na madrugada (4:50 da manhã) para chegar em tempo hábil nas comunidades para ofertar aos usuários acesso aos serviços de qualidade com maior cobertura.

Nessa viagem, foram atendidos 343 usuários e realizados 755 procedimentos clínicos pela equipe de saúde bucal, sendo eles divididos em 243 restaurações, aplicação de selante e tratamento restaurador atraumático, 105 exodontias, 30 raspagens, 325 aplicações tópica de flúor e 52 profilaxias, tudo com apoio de um consultório portátil contendo uma cadeira portátil, um foco clínico e um compressor que permitia assim uma amplitude nos números de usuários atendidos e tipos de procedimentos ofertados para uma demanda elevada. Podemos destacar a efetividade do diário quando comparamos com uma viagem da equipe anterior a qual foram atendidos um total de 75 usuários e realizados 185 procedimentos onde claramente vemos uma evolução no relato da viagem atual a qual tivemos um aumento significativo nos atendimentos e procedimentos.

O diário de campo e relatório são ferramentas de inovação na saúde bucal do município que já se mostraram de grande importância uma vez que conseguimos identificar os avanços e desenvolvimento de estratégias dentro dos territórios atendidos, levantamento de dados, compreensão das barreiras que dificultam o acesso e desafios encontrados durante a viagem, no trabalho e relação interpessoal da equipe. Importante ressaltar que foi significativo para o conhecimento e mapeamento dos locais de atuação. O desenvolvimento das atividades realizadas pela equipe de saúde bucal vem sendo de grande notoriedade para área ribeirinha de nosso município, beneficiando muito os moradores dessas comunidades. Observamos um retorno favorável dos moradores das comunidades em notar a relevância de ter a saúde bucal saudável, e de que temos a necessidade de manter atendimento regular e contínuo construindo e realizando a promoção a saúde efetiva e equânime.

Considerações Finais

O capítulo ilustra os desafios e avanços na promoção da saúde bucal em comunidades ribeirinhas na Amazônia, destacando a iniciativa desse trabalho em Manicoré na comunidade Barro Alto. A implementação de equipes de saúde bucal nessas áreas remotas, apesar das adversidades geográficas e logísticas,

resultou em avanços significativos no acesso a cuidados odontológicos e na conscientização sobre a importância da saúde bucal como é demonstrado no aumento de atendimentos e procedimentos.

A utilização de ferramentas como o diário de campo e o relatório permitiu o registro detalhado das atividades executadas, desafios encontrados e conquistas da equipe, evidenciando a necessidade de adaptação, criação de novas estratégias e planejamento para superar as barreiras existentes. A experiência em Manicoré reforça a importância de políticas públicas que considerem as particularidades dessas comunidades, garantindo a continuidade e o aprimoramento dos serviços de saúde bucal.

Em última análise, este capítulo demonstra que, mesmo diante de obstáculos consideráveis, é possível promover a saúde bucal de forma eficaz e equitativa e de qualidade em áreas remotas e de difícil acesso. A dedicação da equipe de saúde bucal, aliada ao apoio da comunidade com uma coordenação ativa à busca por soluções inovadoras, resultou em um impacto positivo na qualidade de vida dos ribeirinhos, consolidando a importância de ações contínuas e abrangentes para a promoção da saúde bucal na Amazônia.

Referências

Martins, F. M., Schweickardt, K. H. S. C., & Schweickardt, J. C. (2022). Cartografias do cuidado no território líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia. Porto Alegre: Editora Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9788554329877

Medeiros, J. de S., & Schweickardt, J. C. (2022). Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas. Porto Alegre: Rede Unida.

Moreira, M. A., Lemos, S. M., Alves, V. C. M., & Schweickardt, J. C. (2024). Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM. Porto Alegre: Editora Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9786554621069

Santos, I. O. et al. (2021). Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. Revista de APS, v. 24.

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Alves, V. P.; Simoes, A. L.; Freitas, C. M. (2016). Território na Atenção Básica: uma abordagem da Amazônia equidistante. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio Wottrich; Lucenira Luciane Kessler. (Org.). In-formes da Atenção Básica:

aprendizados de intensidade por círculos em rede. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 101-132.

Silva, R. L. S. et al. (2023). Produção científica sobre a saúde da população ribeirinha no território brasileiro: estudo bibliométrico. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 13, p. e41-e41.

Silva Reis, M. H. et al. (2021). Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 11, p. e9273-e9273.

Saúde na Amazônia: a implantação e atuação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha município de Manicoré/AM

Mesraim Salef Rocha do Rosário
Maria Adriana Moreira
Sabrina Araújo de Melo
Vanessa Colares Magalhães Alves
Raniele Alana Lima Alves

Introdução

A preservação do ecossistema da Amazônia e a relação entre sociedade e natureza traz em discussão a exploração dos recursos naturais e as lógicas de consumo num sistema capitalista. Esses recursos são essenciais para a sobrevivência humana, influenciando diretamente a qualidade de vida e o bem-estar, tendo como consequencia as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. As ações humanas na Amazônia e os projetos de "desenvolvimento" criam situações como desmatamento, queimadas, mineração, agricultura e pecuária, que são realizadas de forma insustentável. Esses fatores têm potencial para impactar negativamente a saúde da população (Couto, 2021).

A Amazônia constantemente é marcada por discurso que reforça padrões de doenças e endemias, como um lugar de complexidade na operacionalização de políticas públicas de saúde, por apresentar aspectos geográficos e ecológicos diversos como a extensão territorial, e suas vias de acesso que tem prevalência a via fluvial (Martins, *et al.* 2022). É importante reforçar que as características desse território têm grande relevância quando se fala na criação de acesso aos serviços de saúde, como nos exemplifica Kadri *et al.* (2019) ao apontar as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

como um modelo tecnoassistencial capaz de colaborar para superação das iniquidades no SUS na Amazônia ribeirinha. Martins *et al.* (2022) reforçam que a complexidade da Amazônia gera movimentos contínuos e visibiliza saberes locais a partir de olhares abertos a epistemologias outras.

Para responder as novas demandas por saúde na Amazônia, é necessário que o Sistema Único de Saúde (SUS) renove suas abordagens na região, assim é importante levar algumas especificidades regionais em consideração. Sobre isso, já se discute sobre o fator amazônico que diz sobre disponibilizar maior alocação de recurso para a atenção à saúde na Amazônia, devido às distâncias geográficas, fluxo migratório (Couto, 2021). Além disso, o cuidado em levar saúde para populações com uma diversidade étnica, como são os casos dos povos tradicionais: povos ribeirinhos, quilombolas, comunidades rurais e indígenas. As características geográficas da região demandam estratégias diferenciadas para tornar o acesso universal à saúde.

Dentro das necessidades de saúde da população brasileira no que diz respeito atenção à saúde bucal, a doença cárie ainda hoje é um dos principais desafios encontrados na odontologia, na saúde pública, pela sua prevalência e gravidade. Por ter um caráter bio-social um dos principais fatores de risco está associado a fatores culturais e socioeconômicos (Brasil, 2018). A doença quando não tratada pode levar a agravos severos causando muita dor ao usuário, impactando na sua qualidade de vida e em atividades do dia a dia como na mastigação, ao sorrir, nas atividades do trabalho, escola e autoestima. Rosário *et al.* (2024) salienta que as dificuldades de acesso a saúde bucal que as populações rurais e ribeirinhas da Amazônia enfrentam quanto ao alcance dessas políticas em seus territórios ainda persistem.

Sabe-se que por muito tempo a assistência odontológica no sistema público de saúde foi caracterizada por estar restrita a um grupo populacional específico, como os escolares. Com isso o restante da população ficava excluído e acessava serviços de cunho predominantemente clínicos, com baixa cobertura e baixa resolutividade (Brasil, 2018).

Nesse contexto que a secretaria municipal de saúde, juntamente com a prefeitura municipal de Manicoré, iniciou um projeto desafiador: a implantação de equipes de saúde bucal na zona ribeirinha do município. Na execução desse projeto, foram enfrentadas diversas dificuldades, no entanto, os resultados obtidos foram e estão sendo satisfatórios, contribuindo para a promoção da saúde bucal nas comunidades ribeirinhas da região.

A implantação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) na zona rural dos pequenos municípios do interior do Amazonas enfrenta diversas dificuldades. No entanto, tem desempenhado um papel fundamental na ampliação da cobertura e no acesso da população aos serviços de saúde, especialmente à atenção à saúde bucal. A população ribeirinha frequentemente precisa se deslocar de suas comunidades para áreas urbanas em busca de atendimento, o que pode acarretar o adiamento do tratamento de enfermidades devido às dificuldades de locomoção, seja pela falta de transporte adequado ou pelas longas distâncias a serem percorridas.

Neste capítulo, iremos abordar o processo de implantação das equipes de saúde bucal na travessia no território líquido e discutir os resultados que essa implantação obteve e os desafios para levar os serviços de saúde bucal às comunidades mais remotas da região. Ademais, o presente texto também é uma homenagem aos profissionais de saúde bucal que se dedicaram a essa causa, e um registro importante de uma experiência que pode inspirar outras iniciativas de promoção da saúde nas regiões mais remotas do país.

A implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas contribuiu de forma significativa para a melhoria da saúde bucal dessa população. Antes da implantação, menos de 15% da população era assistida com esse serviço de saúde. O trabalho de sensibilização e educação em saúde ajudou a mudar a cultura de cuidados em saúde bucal nas comunidades ribeirinhas do município.

Acesso à Saúde Bucal: um Direito de todas as pessoas

Garantir acesso universal e integral é um grande desafio a ser superado pelo nosso sistema único de saúde (SUS) principalmente para os povos ribeirinhos, em que temos uma maior dificuldade de fazer saúde de levar as ações e serviços para esses locais ditos remotos, que na Amazônia denominamos de território líquido (Schweickardt *et al.,* 2016). Assim, é direito dos ribeirinhos o acesso universal e integral aos serviços de saúde bucal, que é fundamental para a qualidade de vida e o bem-estar das comunidades ribeirinhas, quando todos devem ter a oportunidade de receber atendimento de qualidade e humanizado. Além do mais, é justo e equânime que essas ações sejam implantadas e implementadas em todas as regiões do país a fazer valer todos os princípios do SUS.

O aprendizado com essa experiência é valioso em diversos aspectos. Primeiramente, foi possível compreender a importância de considerar as particularidades e desafios das áreas ribeirinhas ao planejar e implementar políticas de saúde bucal em alvos prioritários. A geografia, a infraestrutura limitada e o isolamento geográfico demandam abordagens adaptadas e estratégias específicas para garantir o acesso aos serviços odontológicos.

Além disso, a inclusão da saúde bucal nas políticas de saúde ribeirinha ressalta a necessidade de uma abordagem integral e interdisciplinar. A saúde bucal não deve ser vista isoladamente, mas sim como parte integrante da saúde geral dos usuários. A articulação entre os profissionais de saúde bucal, os profissionais de atenção básica e outros membros da equipe de saúde é fundamental para promover uma abordagem holística e abrangente.

Outro aspecto significativo é o reconhecimento da importância da prevenção e da promoção da saúde bucal, mas ações que estejam de fato alinhadas aos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde. Posto isso, Kusma, Moysés & Moysés (2012) apontam que por um longo período as práticas de saúde bucal descritas como promoção da saúde realizadas no âmbito da APS foram baseadas em modelos tradicionais, intervenções

centradas em palestras, aplicação de fluoreto desenvolvido principalmente nas escolas. Os autores reforçam que tais intervenções eram paliativas por ignorar fatores estruturais que corroboram para uma saúde bucal deficiente.

A promoção da saúde bucal deve atuar na mitigação das iniquidades por meio de ações em seus determinantes. Essas ações são implicadas com o direito a saúde, a equidade, a cidadania, a proteção social. Além disso, essas ações de promoção da saúde bucal alinham-se com as demandas de populações de territórios específicos que dialogue com seus modos de vida (Kusma, Moysés & Moysés, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal define que as ações de saúde bucal na APS devem envolver o cuidado em todos os ciclos de vida, garantindo a resolutividade dessas ações nesse ponto da rede são fundamentais ações que envolvam a prevenção, promoção, proteção e reabilitação em diferentes áreas da odontologia. É necessário empenho em ações no campo da gestão do trabalho, formação e educação permanente (Brasil, 2018).

Nesse sentido, a educação em saúde bucal na APS tem como principal aspecto fortalecer a autonomia dos seus usuários no processo saúde-doença. Desse modo, ações educativas e de promoção da saúde bucal são fundamentais para conscientizar as comunidades ribeirinhas sobre a importância dos cuidados bucais e incentivar práticas saudáveis. Essas ações se mostram como experiências efetivas, visto que estão contextualizadas nos seus territórios de atuação, superam práticas odontológicas clínicas e podem contribuir para a redução da incidência de problemas bucais e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O estudo de Cordeiro *et al.* (2024) fortalece essa discussão ao concluir em sua pesquisa que os serviços de saúde bucal na zona ribeirinha rural na Amazônia ainda reproduzem o modelo biomédico centrado na doença, e destacam a necessidade de reorientação do modelo de saúde bucal com foco na promoção da saúde e prevenção de saúde bucais.

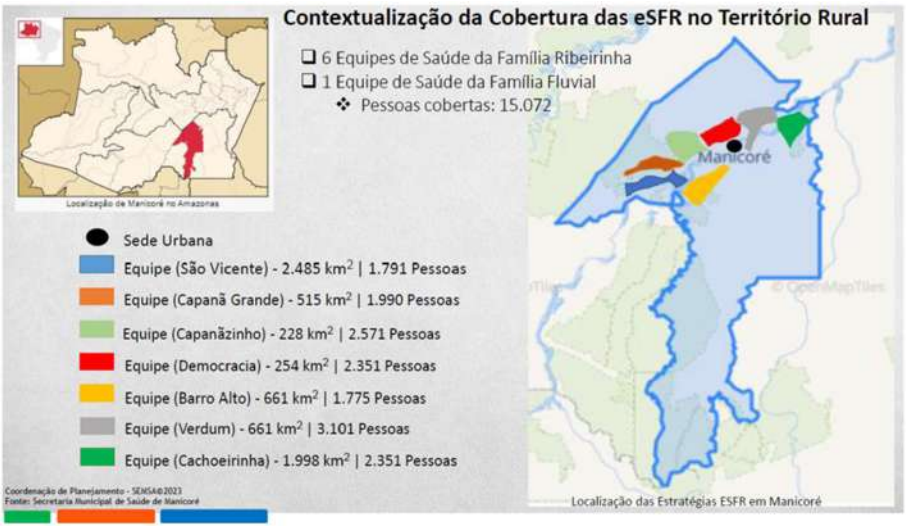
A inclusão da saúde bucal como direito dos ribeirinhos destaca a importância da participação social e do envolvimento das comunidades. É

essencial ouvir as necessidades e demandas dos ribeirinhos, envolvê-los nas decisões e nas ações de saúde bucal, e promover a autonomia e a capacitação para que possam ser agentes ativos na promoção de sua própria saúde.

Território de Manicoré: um território pleno de potências

Manicoré está localizado no interior do estado do Amazonas, região norte do país, pertencente ao sul amazonense e microrregião do rio madeira, com uma área total de 48 282,478 km² e uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) de 53.914 habitantes, sendo que desta população aproximadamente 22.000 habitantes residem em área ribeirinha. O território está dividido em 7 polos estratégicos: Verdum, Cachoeirinha, Democracia, Capananzinho, Capanã Grande, São Vicente e Barro Alto onde tem a atuação das equipes de saúde da família ribeirinha (Figura 1).

Figura 1. Cobertura das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) do município de Manicoré/Amazonas.



Fonte: Coordenação de Planejamento, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA/MANICORÉ).

Os esforços realizados pelas equipes de saúde na zona rural e gestores é fundamental para superar esses desafios encontrados. Nesse contexto, a Secretaria de Saúde de Manicoré tem atuado no planejamento e coordenar as ações de saúde no município, incluindo a saúde bucal (Moreira *et al.,* 2024). É necessário o envolvimento de profissionais de saúde bucal, como dentistas e auxiliares de saúde bucal, que possam atuar nas comunidades ribeirinhas, levando atendimento preventivo, orientações de higiene bucal e tratamentos necessários.

É preciso também investir e promover a capacitação e educação permanente desses profissionais, para que estejam preparados para lidar com as particularidades e desafios do território ribeirinho. A utilização de barcos e embarcações adaptadas como unidades móveis de saúde é uma estratégia eficaz para levar atendimento odontológico às comunidades ribeirinhas mais isoladas. A participação da população ribeirinha também é essencial nesse processo. A promoção de ações educativas, como palestras e oficinas sobre saúde bucal, pode ajudar a sensibilizar e engajar as comunidades em relação à importância dos cuidados bucais e a busca por serviços de saúde disponíveis.

O Ponto de Partida: do ensaio à obra

O munícipio de Manicoré possui uma vasta extensão de território líquido onde vivem as margens dos rios e igarapés, muitas famílias que formam as comunidades ribeirinhas. O acesso a essas comunidades e oferta de serviços de saúde **é complexo devido os** fatores relacionados ao meio ambiente (como os períodos de seca e estiagem). Nesse contexto, conhecer esses territórios é o primeiro passo para implementar qualquer projeto, seja na área de saúde ou áreas afins.

A implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas de Manicoré foi realizada, inicialmente, com as comunidades polo, por meio de um levantamento das demandas e necessidades das populações em seus territórios (Figura 2). A partir disso, foi realizado um planejamento entre prefeitura e secretaria municipal de saúde para acordar a construção e implementação das equipes de saúde bucal em sete comunidades ribeirinhas estratégicas. Sendo

elas, distrito de São Vicente, Ponta do Campo (Capanã Grande), Capanazinho, Democracia, Barro Alto, Verdum e Cachoerinha (Fonseca Junior *et al.,* 2024).

No processo de planejamento das equipes de saúde bucal nas áreas ribeirinhas, foi fundamental contar com o apoio e engajamento de diversos setores de saúde. A coordenação teve articulação e empenho que foram fundamentais para garantir uma abordagem abrangente e integrada, fortalecendo a prevenção e a promoção da saúde bucal nas áreas ribeirinhas. Suas expertises e conhecimentos técnicos foram essenciais para identificar as demandas e necessidades da população ribeirinha, bem como para propor soluções viáveis e eficazes.

Com o comprometimento e trabalho conjunto dos gestores municipais (prefeito, vice-prefeito, secretária), foi possível planejar e implementar ações visando melhorar a saúde bucal das comunidades ribeirinhas, proporcionando acesso igualitário e cuidados adequados para todos. Diante da extensão da área rural e o número de pessoas que necessitavam de cuidados, foi dado início à contratação e inscrição/cadastramento dos novos profissionais Cirurgiões Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal das Estratégias de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- Para ocorrer a Implantação, foram desenvolvidas as seguintes etapas:
- Levantamentos de dados, análise da cobertura e da qualidade dos serviços;
- Apresentação e Aprovação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde em abril de 2021;
- Aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite;
- Credenciamento das equipes publicado em diário oficial no dia 10 de setembro de 2021;
- Contratação das equipes de saúde bucal;
- Aquisição de Equipamentos Odontológicos Portáteis;
- Aquisição de Escovódromo;
- Aquisição de Kits de Escovação (Escova, creme dental e fio dental).

Promoção de saúde bucal: desafios e perspectivas

A Atenção Básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Esta é uma formulação típica do SUS, que deixa evidente os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF). Desde a criação da Política Nacional de Atenção Básica, a forma de pensar e agir vai em direção de um novo modelo de atenção à saúde das pessoas, famílias e comunidades para a construção do SUS, contando contado com a participação da saúde bucal (Lucena *et al.,* 2011). No contexto de saúde bucal, o SUS desempenha um papel crucial ao disponibilizar serviços odontológicos para a população, mesmo diante dos inúmeros desafios enfrentados no território amazônico (Figura 2).

Figura 2. Profissional de saúde bucal na produção do acesso no território ribeirinho.

Fonte: autores, 2023.

A luta pelo direito à saúde nos mobiliza para promover o acesso aos cuidados adequados à saúde bucal. Assim, cada sorriso restaurado, cada dor aliviada e cada prevenção realizada são vitórias conquistadas. A saúde bucal não deve ser tratada como um luxo, mas sim como um direito básico de todos os cidadãos. Ela impacta diretamente a saúde geral, a autoestima e a qualidade de vida das pessoas. Por isso, devemos valorizar e apoiar os esforços do SUS na promoção da saúde bucal, incentivando a conscientização, a prevenção e a busca por tratamento. Vamos reconhecer a importância da saúde bucal no SUS, estimulando a valorização dos profissionais e reivindicando investimentos que garantam melhores condições de atendimento. Juntos, podemos construir um sistema de saúde que ofereça a todos a oportunidade de sorrir com saúde e dignidade.

Saúde bucal na Área Ribeirinha: estratégias de promoção da equidade do acesso

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente foi criado em 2004 para melhoria do acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal. Desse modo, o Brasil Sorridente veio para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, e para mudar essa concepção de uma odontologia clínica centrada na extração dentária (Brasil, 2022).

Embora haja uma política que oferte serviços odontológicos de forma gratuita no SUS, quanto a equidade ainda persiste desafios relacionados às desigualdades de uso de serviços de saúde bucal por diferentes grupos sociais, relacionado às diferenças socioeconômicas e diferentes níveis de escolaridade. Além disso, essas desigualdades são reforçadas pela localidade da residência, ou seja, existem diferenças nas condições de saúde bucal entre áreas rurais e urbanas (Cordeiro *et al.,* 2024).

Promover equidade no acesso à saúde bucal no SUS em territórios ribeirinhos na Amazônia sempre será desafiador. Buscamos apresentar as estratégias e os resultados alcançados na gestão da saúde bucal no município de Manicoré. Além disso, a aquisição de equipamentos portáteis (Figura 3) contribuiu

para a realização de restaurações, profilaxias, trabalhos coletivos como escovação supervisionada e distribuição de kits de higiene oral (Figura 4).

Figura 3. Equipamento Portátil para a realização de procedimentos odontológicos.

Fonte: Autores, 2023.

Figura 4. Distribuição de kits de higiene oral para crianças ribeirinhas.

Fonte: autores, 2023.

As condições de acesso a consulta odontológica apresentam algumas dificuldades, tendo em vista que, a elevada prevalência da doença cárie juntamente com a perda de elementos dentários de forma prematura. Nesse sentido, o trabalho realizado pela equipe de saúde bucal vem sendo de grande importância para a zona rural de nosso município beneficiando de forma significativa os moradores das comunidades ribeirinhas. As estratégias de visitas domiciliares, atendimentos e palestras percebemos tem produzido um retorno favorável da comunidade em saber a importância de ter uma saúde bucal saudável. Temos a necessidade de manter um atendimento regular e contínuo para a promoção de saúde efetiva e de qualidade. Assim, podemos destacar que a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades rurais da região teve um impacto muito positivo na promoção da saúde bucal da população local.

Após um período de trabalho árduo e constante, desafiador em todos os níveis, os resultados da implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas foram satisfatórios. As equipes conseguiram atingir uma cobertura de 100% das comunidades ribeirinhas, alcançando todos os moradores e prestando serviços de qualidade a todos. O indicador de saúde bucal também mostrou melhora significativa, como observado no gráfico 1, que demonstra um aumento na proporção de atendimentos odontológicos realizados em gestantes correspondendo a evolução do indicador 3. Outras melhorias também foram observadas, considerando que a população local passou a ter amplo acesso a serviços de prevenção, como escovação supervisionada e aplicação de flúor, o que contribuiu para a conscientização do individual e coletivo da comunidade. As equipes de saúde bucal conseguiram promover a mudança de hábitos e comportamentos em relação à saúde bucal, conscientizando a população sobre a importância de cuidados preventivos e incentivando a adoção de práticas saudáveis.

Gráfico 1. Proporção de gestantes com atendimentos odontológicos realizados no período de 2021 a agosto de 2023.

Fonte: Planejamento SEMSA, 2023.

A implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas de Manicoré/AM resultou em uma cobertura de 100%, melhorando o indicador de saúde bucal e sensibilização da população sobre a importância da prevenção e cuidados com a saúde bucal. Esses resultados correspondem às expectativas da gestão de saúde do município, dos trabalhadores de saúde e principalmente dos usuários de saúde ribeirinhos e contrariam estudos como a análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, que apresentou disparidades no uso dos serviços odontológicos pelas regiões do Brasil, em que as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram maiores porcentagens de indivíduos que haviam realizado consulta com o dentista em comparação as regiões Norte e Nordeste (Fagundes *et al.,* 2021) .

O estudo de Cohen-Carneiro *et al.* (2009) evidencia a ausência de serviços odontológicos e acesso precário em comunidades ribeirinhas do Amazonas. Ainda, Cordeiro *et al.* (2024) reforçam que um quarto dos indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas na zona rural de Manaus não foi ao dentista nos últimos três anos, reforçando a persistência da reprodução do modelo biomédico nos serviços odontológicos. Por isso, os resultados apresentados em Manicoré

são tão expressivos e significativos no que se refere ao acesso à saúde bucal à essas populações que ficaram invisíveis pelas políticas de saúde.

Equipamentos: as tecnologias leves duras e duras que potencializam a vida!

Merhy (2014) ao discutir sobre as tecnologias de saúde nos diz que o trabalho em saúde é complexo uma vez que não envolve somente o uso de equipamentos e máquinas, mas amplia sua dimensão numa relação de interseção, que nos serviços de saúde envolve o ato da produção (produção do cuidado em saúde) e o consumo do produto de forma simultânea.

Merhy & Feuerwerker (2014) acrescentam que para atuar nesse processo de interseção o trabalhador de saúde utiliza "caixa de ferramentas tecnológicas". Os autores descrevem que são três tipos de caixa de ferramentas: a primeira se refere as tecnologias que permitem as intervenções terapêuticas, são as chamadas tecnologias duras e são exemplificadas pelos equipamentos tecnológicos como as máquinas, instrumentos como o estetoscópio, como também ferramentas presentes nas estruturas de organização dos serviços e nas normas que direcionam esses serviços. Já a segunda caixa de ferramentas é formada pelos saberes constituídos na formação do profissional de saúde, chamado de tecnologias leve-duras é ilustrado pelos saberes da clínica médica, propedêutica, epidemiologia e são utilizados in ato no momento do encontro entre profissional de saúde e usuário, permite o raciocínio clínico do profissional. A terceira caixa de ferramentas é denominada de tecnologias leves e é fundamentada na relação micropolítica, quando os produtos relacionais são gerados a partir do encontro trabalhador-usuário e se baseia na construção de vínculos, escuta, confiança. Portanto, para uma produção do cuidado em saúde potente é necessário modos diferentes de produção de ações de saúde. Assim, Merhy e Feuerwerker (2016, p. 67) afirmam que é preciso: "propor novos arranjos organizativos para oferecer cuidados na intensividade necessária a cada situação... Novos arranjos tecnológicos fazem-se necessários".

A partir disso, a implantação da equipe de saúde bucal na área ribeirinha trouxe consigo transformações significativas, tanto para as

comunidades próximas quanto para as mais distantes. Essas conquistas e resultados positivos foram possíveis devido a aquisição de equipamentos (tecnologia dura) para auxiliar no trabalho realizado na zona rural, como o Consultório Odontológico Portátil que é composto por: uma cadeira, mocho, refletor, maleta odontológica e um compressor odontológico esse equipamento permitiu uma vasta amplitude de serviços ofertados (Figuras 5 e 6).

Figura 5. Consultório portátil utilizado nas estratégias de saúde da família ribeirinha

Fonte: Autores, 2023.

Figura 6. Cadeira, mocho, refletor, maleta odontológica e compressor odontológico.

Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

A ação coletiva com os moradores é de muita importância principalmente para o público infantil onde é trabalhada a educação em saúde e conscientização para mudança de hábito. Foi feito investimento em macro modelos que são modelos de boca em grande escala acompanhada por escovas para ilustrar e ensinar a forma correta da escovação e no equipamento o escovódromo portátil que é composto por duas pias, dois espelhos, dois reservatórios e dois espelhos (Figura 7) também foi adquirido 8mil kits de saúde bucal composto por 1 escova, 1 fio dental e 1 creme dental, possibilitando assim um trabalho mais amplo e de melhor qualidade quando feita palestras e a escovação supervisionada pelo cirurgião-dentista.

A aquisição de materiais odontológicos adequados se mostrou um benefício crucial para garantir o atendimento e a qualidade dos serviços prestados. Um dos resultados positivos alcançados foi a melhoria da qualidade de vida da população ribeirinha. Através de consultas regulares, tratamentos odontológicos e ações preventivas, muitos problemas bucais foram prevenidos, tratados e solucionados. Isso resultou em uma redução significativa da dor, desconforto e complicações associadas às condições bucais, permitindo que as pessoas desfrutassem de uma melhor saúde geral. Além disso, a implantação da equipe de saúde bucal também teve um impacto positivo na autoestima e na qualidade de vida das comunidades ribeirinhas. A recuperação de sorrisos, a resolução de problemas estéticos e a reabilitação de funções mastigatórias trouxeram um aumento da confiança e do bem-estar das pessoas, refletindo em sua interação social e autoconfiança.

Figura 7. Equipamento escovódromo portátil dos dentes.

Fonte: Autores, 2023.

A disponibilidade de instrumentais, equipamentos, medicamentos e materiais de qualidade possibilitou um atendimento mais eficaz e seguro. Isso contribuiu para a realização de procedimentos odontológicos diversos, desde a restauração de dentes até a confecção de próteses, aumentando a capacidade da equipe em atender às demandas das comunidades ribeirinhas. Essa requisição beneficiou tanto as comunidades mais próximas quanto as mais distantes, uma vez que garantir o abastecimento adequado em todas as áreas é essencial para a prestação de um serviço de saúde bucal abrangente e de qualidade. Assim, foi possível oferecer um atendimento mais equitativo, reduzindo as disparidades de acesso e ampliando o alcance dos cuidados odontológicos nas áreas ribeirinhas.

Considerações Finais

Diante dos desafios enfrentados e superados pela equipe de saúde bucal na implantação de serviços nas comunidades ribeirinhas de Manicoré/

AM, podemos concluir que a presença de profissionais de saúde nas áreas mais remotas é fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida da população local. Além disso, a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas foi um exemplo concreto da importância da estratégia de saúde da família na promoção de cuidados preventivos e na mudança de comportamento em relação à saúde bucal. É importante ressaltar que o sucesso do projeto não teria sido possível sem a dedicação e o comprometimento dos profissionais de saúde, que enfrentaram dificuldades e superaram obstáculos para levar serviços de qualidade à população ribeirinha. A interação dos profissionais com a comunidade local também foi um fator crucial para o sucesso do projeto, mostrando a importância do diálogo e da escuta ativa na promoção da saúde.

A inserção da equipe de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas também trouxe desafios e dificuldades. A falta de infraestrutura adequada nas localidades mais remotas, como energia elétrica e água tratada, tornou o trabalho dos profissionais de saúde mais difícil. Além disso, a navegação pelos rios para chegar às comunidades ribeirinhas pode ser perigosa em algumas épocas do ano, o que exige cuidados especiais por parte das equipes de saúde. Mesmo diante desses desafios, a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas de Manicoré/AM foi uma experiência muito positiva. O trabalho dos profissionais de saúde contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dos moradores e para a promoção da saúde bucal na região.

Isso nos mostra que a superação dos desafios enfrentados requer esforços coletivos e a parceria entre diversos atores, como profissionais de saúde, gestores públicos, comunidades e demais setores da sociedade. Somente pela cooperação e o compromisso conjunto é possível avançar na promoção da saúde bucal e na garantia do direito à saúde para todos, incluindo os ribeirinhos. Esse aprendizado nos permite buscar soluções inovadoras para fortalecer políticas públicas e garantir o acesso universal e equânime aos serviços de saúde bucal nas áreas ribeirinhas.

Por fim, fica evidente que a implantação das equipes de saúde bucal nas comunidades ribeirinhas teve um impacto positivo na vida das pessoas e na saúde da população. Como profissionais da saúde, é importante continuarmos trabalhando para levar serviços de qualidade para todas as pessoas, especialmente aquelas que vivem em áreas mais remotas e de difícil acesso. Podemos dizer que a universalidade, integralidade e equidade se fazem presentes no coração da Amazônia. Apesar das barreiras encontradas, demonstramos que no território líquido há condições de ter um SUS forte e presente na vida dos ribeirinhos.

Referências

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Saúde Buca no SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Brasília-DF. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/saude-bucal/publicacoes/passo-a-passo-pnsb-nova-correcao-1a-de-agosto-2022.pdf.

Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., Pontes, D. G., Salino, A. V., & Rebelo, M. A. B.. (2009). Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. Cadernos De Saúde Pública, 25(8), 1827–1838. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800019.

Cordeiro, D, Herkrath, F.J., Guedes, A.C., Garnelo, L. & Herkrath, A.C. (2024). Utilização de serviços odontológicos por populações ribeirinhas rurais cobertas por uma Equipe de Saúde da Família Fluvial no Brasil. Rural and Remote Health; 24: 8258. https://doi.org/10.22605/RRH8258.

Couto, R.C. de S. (2021). Saúde e meio ambiente na Amazônia brasileira. Novos Cadernos NAEA, 23 (3). https://doi.org/10.5801/ncn.v23i3.7280.

Fagundes, M.L.B., Bastos, L.F., Amaral Júnior, O.L. do, Menegazzo, G.R., Cunha, A.R. da, Stein C. et al.. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey. Rev bras epidemiol [Internet]. 2021;24:e210004. Available from: https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2.

Fonseca Júnior, M. C., Monteiro, K. S., Moreira, M. A., Guedes, T. R. N., & Schweickardt, J. C. (2024). Do ribeirinho ao urbano na construção do plano municipal de saúde: uma experiência participativa no município de Manicoré. In: Moreira, M. A., Lemos, S. M., Alves, V. C. M., & Schweickardt, J. C. Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM. Porto Alegre: Editora Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9786554621069

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasil/Amazonas/Manicoré. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/panorama.

Kadri, M. R. E., Santos, B. S. dos, Lima, R. T. de S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface, 23, e180613. https://doi.org/10.1590/interface.180613.

Kusma, S. Z., Moysés, S. T., & Moysés, S. J.. (2012). Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cadernos De Saúde Pública, 28, s9–s19. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300003.

Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. de S. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: "território líquido" que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. Interface, 26, e210361. https://doi.org/10.1590/interface.210361.

Merhy, E. E. (2014). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo. Hucitec.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Héxis.

Moreira, M. A., Lemos, S. M., Alves, V. C. M., & Schweickardt, J. C. (2024). Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM. Porto Alegre: Editora Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9786554621069

Rosário, M.S. R., Moreira, A. M., Júnior, M. C. F., Soares, L. S., Melo, S. A., & Oliveira, A.N. (2024). Travessia no Território: a implantação das equipes de saúde bucal na área ribeirinha do município de Manicoré. In: Moreira, M. A., Lemos, S. M., Alves, V. C. M., & Schweickardt, J. C. (2024). Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM. Porto Alegre: Editora Rede Unida. https://doi.org/10.18310/9786554621069

Schweickardt, J. C.; Lima, R. T. S.; Alves, V. P.; Simoes, A. L.; Freitas, C. M. (2016). Território na Atenção Básica: uma abordagem da Amazônia equidistante. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio Wottrich; Lucenira Luciane Kessler. (Org.). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede. 1ed.Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 101-132.

Capacitação em primeiros socorros nas escolas: instrução de manobra de Heimlich na prevenção de engasgos em crianças no município Nhamundá, AM

Milton Gama dos Santos
Lupuna Corrêa de Souza
Liliam Rafaelle Souza da Silva
Alcineia Fontes Neto
Luan Marinho de Souza

Introdução

A capacitação em primeiros socorros é uma medida essencial para garantir a segurança das crianças em ambiente escolar. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a implementação de um programa de treinamento para a realização da manobra de Heimlich em profissionais de educação infantil no município de Nhamundá.

Nhamundá é um município do Estado do Amazonas localizado na Região de Saúde Baixo Amazonas integrando a Macrorregião Leste fazendo fronteira com os Estados de Roraima e Pará, tendo como limites geográficos os municípios vizinhos de Parintins e Urucará. O município possui uma extensão territorial de 14.107,040km² e sua população, segundo a estimativa de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 20.136 habitantes com uma densidade demográfica de 1,43hab/km² e uma distância considerável da capital de 375Km em linha reta, o que na realidade amazônica não é levado em conta por não haver estradas que façam esse percurso, totalizando aproximadamente 577km por meio fluvial com o acréscimo das curvas dos rios.

A viagem entre o município e a capital dura aproximadamente 18 horas numa embarcação convencional, sendo a disponibilidade 3 dias na semana.

Uma alternativa são as lanchas conhecidas como expresso pela sua velocidade que fazem o mesmo percurso em 12 horas, porém, saindo apenas uma vez por semana da capital para o município. A dificuldade de logística gera desafios para o deslocamento e remoção dos usuários, assim houve a necessidade de trabalhar projetos que minimizam o acesso aos serviços de média e alta complexidade em Manaus, podendo ser evitados com ações preventivas principalmente, referentes as capacitações para qualificação dos profissionais.

Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) realizou uma intervenção no Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia, onde 40 dos 57 funcionários receberam instruções práticas sobre a manobra de Heimlich. Os resultados mostraram uma melhora significativa na capacidade dos participantes em executar a manobra corretamente, destacando a importância da continuidade e expansão dessa capacitação para outras instituições do município.

A segurança das crianças em ambiente escolar é uma preocupação constante para educadores, pais e autoridades de saúde pública. Nesse sentido, este projeto se fez relevante, pois, entre os riscos mais comuns enfrentados pelas crianças em escolas de educação infantil está o engasgo, que pode resultar em asfixia mecânica, uma condição que, se não tratada imediatamente, pode levar a consequências graves, incluindo óbito. Diante dessa realidade, torna-se importante que os profissionais que atuam diretamente com crianças de 0 a 5 anos estejam preparados para lidar com situações emergenciais, de maneira eficiente e segura.

O capítulo busca relatar e analisar a iniciativa de capacitação realizada no Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia, no município de Nhamundá. O projeto foi desenvolvido em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE) através dos profissionais de saúde da equipe de estratégia saúde da família da atenção primaria a saúde e visou instruir os profissionais da educação infantil sobre a maneira correta de conduzir o desengasgo por

meio da manobra de Heimlich. Além disso, busca-se discutir a relevância da expansão desse tipo de treinamento para todas as escolas do município, visando a criação de um ambiente escolar mais seguro para as crianças.

O que diz a literatura sobre o problema

A asfixia por engasgo é uma das principais causas de morte acidental entre crianças pequenas, especialmente aquelas com menos de cinco anos de idade (Santos & Pereira, 2020). A literatura sobre primeiros socorros destaca que a intervenção imediata é importante para evitar complicações graves ou fatais. A manobra de Heimlich, também conhecida como compressão abdominal, é recomendada como a técnica padrão para desobstruir as vias aéreas superiores em casos de engasgo por corpos estranhos e após a Lei nº 13.722, de 2018, popularmente conhecida como Lei Lucas, tornou obrigatória a capacitação dessa manobra como parte das noções básicas de primeiros socorros para professores e funcionários de estabelecimentos de ensino, públicos e privados, de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Essa medida legislativa surgiu em resposta a incidentes de engasgo que resultaram em tragédias evitáveis, sublinhando a necessidade de uma resposta rápida e eficaz em emergências.

Estudos indicam que cerca de 50% das aspirações ocorrem em crianças menores de 4 anos, com mais de 94% dos casos ocorrendo antes dos 7 anos de idade (Oliveira & Mendes, 2019). Nas escolas, a oferta de alimentos sólidos, como pipoca e feijão, pode aumentar o risco de engasgo, especialmente quando as crianças são surpreendidas ou distraídas durante a alimentação. A vulnerabilidade das crianças em situações de engasgo, aliada à falta de preparo de muitos profissionais que atuam nas escolas, justifica a necessidade de treinamentos específicos para a realização da manobra de Heimlich, uma técnica relativamente simples, mas que pode salvar vidas.

Diversos estudos têm apontado a eficácia de programas de treinamento em primeiros socorros voltados para profissionais da educação, mostrando que

esses programas não apenas aumentam o conhecimento técnico, mas também melhoram a confiança e a prontidão dos funcionários para agir em emergências (Macedo *et al.,* 2018). A implementação de tais programas em escolas têm sido visto como uma prática exitosa, especialmente em países como o Brasil, onde a legislação agora exige que todos os profissionais da educação básica sejam capacitados em noções básicas de primeiros socorros (Lei nº 13.722, 2018).

A cidade de Nhamundá é um exemplo de uma região onde a implementação de programas governamentais é eficiente e apresentam bons resultados denotando um incentivo de novas iniciativas para fomentar ações preventivas pelos profissionais de saúde. Seguindo essa premissa, as capacitações locais são estratégias prioritárias no município tendo como destaque o tema de primeiros socorros principalmente por ser uma ação intersetorial onde também há uma grande expectativa de resultados satisfatórios levando em consideração os desafios logísticos relacionados à distância de centros médicos avançados em caso de remoção de usuários, assim garantindo a segurança das crianças nas escolas.

Dessa forma os profissionais da Atenção Primaria a Saúde (APS) identificaram essa demanda bem como a necessidade de uma intervenção nas escolas e através do Programa Saúde na Escola (PSE) foi possível iniciar o programa de qualificação dos profissionais de educação. O PSE é uma política intersetorial que agrega as Secretarias Municipais de Saúde e Educação e as Coordenadorias Regionais de Educação vinculadas a Secretaria Estadual de Educação do Amazonas - SEDUC, logo contempla todas as instâncias de ensino seja municipal ou estadual. O mesmo foi instituído pelo Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 e tem como um de seus objetivos promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação.

O Programa além de incentivar a realização de avaliações clínicas de saúde dos alunos, também traz em seu escopo temas transversais para serem trabalhados nas instituições de ensino conforme a demanda e planejamento

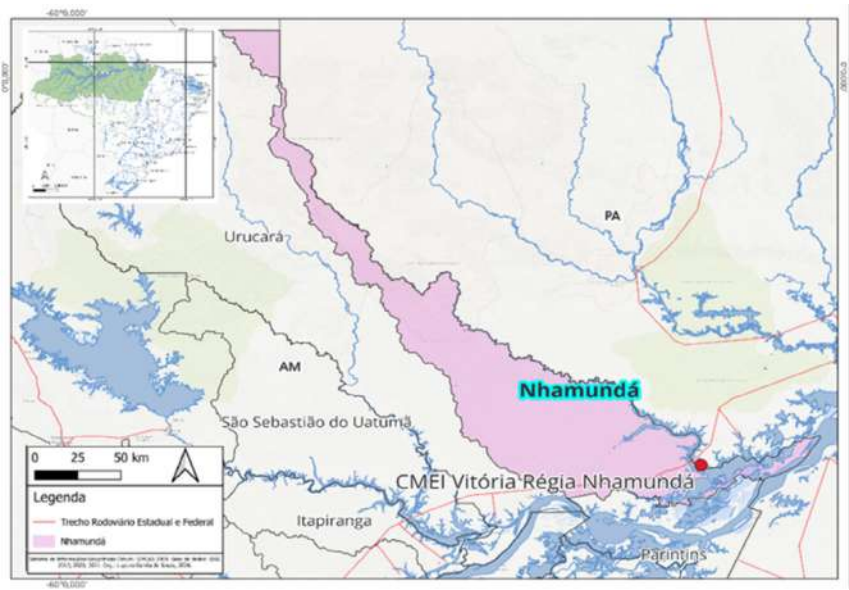
municipal. Nesse sentido, a Lei Nº 13.722, de 4 de outubro de 2018, trouxe a oportunidade de ampliar a parceria entre os setores de educação e saúde do município de Nhamundá, tornando a capacitação dos profissionais de educação uma prioridade para os profissionais de saúde, qualificando cada um deles como agentes multiplicadores de saúde estando aptos para salvarem uma vida.

Relato da experiência no ambiente escolar

Nhamundá é um município que mantem em sincronia os serviços desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, a qual possui na composição da APS três Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) com modelo tradicional, quatro Equipes de Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), uma Equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (eSFF), além de uma Equipe Multiprofissional (eMulti) na retaguarda. Dessa maneira conseguem atingir 100% da cobertura da sua população e são responsáveis pelas escolas que integram o PSE, que atualmente contempla 18 escolas, entre elas municipais e estaduais totalizando 3.510 alunos tanto na zona urbana como na zona rural. A unificação dos serviços acarreta inúmeros benefícios tanto para os profissionais de educação, quanto para os alunos e seus familiares.

O foco da intervenção foi o Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia, uma instituição que atende 268 alunos com idades entre três e seis anos e que conta com 57 funcionários, entre professores, auxiliares, e funcionários administrativos e de serviços gerais, conforme localização no Mapa 1.

Mapa 1. Localização do Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia.



Fonte: organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

A equipe de saúde priorizou a rede de educação infantil onde há mais casos de engasgo devido a fase de desenvolvimento da criança. Dessa maneira, a estratégia para a realização do treinamento selecionou o Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia como a primeira escola a receber a capacitação. A escolha da escola foi acordada com a diretora da instituição, que disponibilizou o espaço necessário para a realização das atividades.

Os 57 colaboradores da escola foram convidados a participar do treinamento e 40 deles compareceram. Durante a atividade, foi criada uma situação hipotética de engasgo em uma boneca, e os participantes foram questionados sobre como procederiam para realizar o desengasgo. Os resultados iniciais mostraram que aproximadamente 90% dos participantes não sabiam como realizar a manobra de Heimlich corretamente.

Após essa avaliação inicial, os participantes foram instruídos por um profissional de saúde capacitado sobre a técnica correta para realizar a manobra de Heimlich. A instrução incluiu demonstrações práticas, nas quais

os participantes puderam praticar a manobra em bonecas simuladoras de engasgo. A avaliação final foi feita através de uma nova simulação, onde os participantes foram convidados a aplicar a técnica aprendida.

Os resultados do treinamento foram bastante positivos. Após a instrução e a prática supervisionada, todos os participantes demonstraram uma compreensão clara da técnica e foram capazes de executá-la corretamente durante as simulações. Esse resultado sugere que a capacitação foi eficaz em fornecer aos profissionais da escola as habilidades necessárias para lidar com situações de engasgo, aumentando a segurança dos alunos.

Dos 57 colaboradores da escola, 40 participaram ativamente do treinamento, incluindo professores, funcionários de serviços gerais, cantineiros e secretários. A alta adesão ao treinamento é um indicativo do interesse e da conscientização dos funcionários sobre a importância de estarem preparados para lidar com emergências. Além disso, os participantes relataram um aumento significativo na confiança em suas habilidades para agir em caso de engasgo, o que pode ser crucial em situações reais de emergência. Essa confiança, aliada ao conhecimento técnico adquirido, sugere que a escola agora dispõe de uma equipe mais preparada para garantir a segurança das crianças.

Dessa maneira, a capacitação em primeiros socorros nas escolas, especialmente para a realização da manobra de Heimlich, pode salvar vidas. Como demonstrado neste relato, a intervenção no Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia foi bem-sucedida em preparar os funcionários para lidar com situações de engasgo, uma das emergências mais comuns entre crianças pequenas. A expansão desse programa de capacitação para outras escolas do município de Nhamundá é recomendada, dada a eficácia observada. A disseminação desse tipo de treinamento pode criar uma rede de segurança mais ampla, garantindo que todas as crianças do município estejam protegidas por profissionais capacitados.

No entanto, a implementação de programas de capacitação em áreas rurais ou de difícil acesso, como Nhamundá, requer um planejamento cuidadoso e a colaboração de múltiplos parceiros, incluindo autoridades de

saúde, gestores escolares e a comunidade local. Além disso, é importante que esses treinamentos sejam contínuos e atualizados regularmente para garantir que os profissionais estejam sempre prontos para agir.

Considerações Finais

A capacitação em primeiros socorros, com foco na manobra de Heimlich, é uma medida com vista a segurança das crianças em ambientes escolares. A intervenção realizada no Centro Educacional Infantil Jardim Vitória Régia demonstrou a eficácia de programas de treinamento bem estruturados, que podem capacitar os profissionais para agir de maneira rápida e eficaz em emergências.

A expansão dessa iniciativa para todas as escolas do município de Nhamundá é fundamental para criar um ambiente escolar seguro e preparado para lidar com emergências de saúde. Além disso, a continuidade desses treinamentos, acompanhada de avaliações periódicas, é fundamental para manter o nível de preparação dos profissionais. A parceria com programas como o PSE e o apoio das autoridades locais são fatores chave para o sucesso dessas iniciativas. Ao investir na capacitação dos profissionais da educação, estamos investindo na segurança e no bem-estar de nossas crianças.

Referências

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. (2007). Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Censo Brasileiro de 2022: Nhamundá. IBGE. Disponível em https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/nhamunda.html. Acesso em 13 de agosto de 2024. Macedo, L. F. et al. (2018). A importância da capacitação em primeiros socorros nas escolas. Revista Brasileira de Educação e Saúde, 18(2), 123-134.

Lei nº 13.722, de 4 de outubro de 2018. Dispõe sobre a obrigatoriedade de capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Diário Oficial da União.

Oliveira, R. S., & Mendes, J. P. (2019). Primeiros socorros em instituições de ensino: um estudo sobre a eficácia de programas de capacitação. Saúde em Foco, 7(1), 34-45.

Santos, A. L., & Pereira, M. R. (2020). Asfixia por engasgo em crianças: estratégias de prevenção e intervenção. Revista de Saúde Pública, 54(3), 201-210.

“Chá de Bênçãos”: uma prática integrativa aplicada em um grupo de grávidas em Nhamundá-AM

Neliane Tavares de Souza
Gercicley Rodrigues dos Santos

A experiência do processo fisiológico da gestação é um momento único e particular para a mulher. Um período de emoções apuradas, em que, apesar de individual, envolve a família, amigos e comunidade em que está inserida. Os tempos hodiernos, lutamos para cada vez mais atingir um modelo de saúde que imprima um perfil humanizado para tudo que envolva a gravidez, das etapas do pré-natal ao parto humanizado. Por parto humanizado, Carneiro (2011) entende que é aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Nessa busca de modelo flexível e humanizado, alicerçado as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foi estruturado atividades com um grupo de grávidas a partir do projeto “Chá de Bênçãos”, uma iniciativa pioneira no município de Nhamundá.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), as PICS são abordagens terapêuticas que têm como objetivo prevenir agravos à saúde, a promoção e recuperação da saúde, enfatizando a escuta acolhedora, a construção de laços terapêuticos e a conexão entre ser humano, meio ambiente e sociedade. Estas práticas foram institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) e, atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, de forma integral e gratuita à população. A PNPIC foi aprovada através da Portaria GM/MS n 971, de 3 de maio de 2006.

O projeto "Chá de Bençãos" foi realizado no município de Nhamundá, localizado na região do Baixo Rio Amazonas, estado do Amazonas, apresenta uma população residente de aproximadamente 20.136 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 0,81%. O território abrange uma área de 14.107,04 km², resultando em uma densidade demográfica de 143 habitantes por quilômetro quadrado. No que diz respeito à saúde, a taxa média de mortalidade infantil é de 23,6 para cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2022).

A Unidade Mista de Saúde Municipal Coronel Pedro Macedo registrava relatos de violência obstétrica, observados tanto em consultas puerperais domiciliares quanto em atendimentos nos consultórios. Esses casos refletem uma deficiência no acesso à assistência à saúde, agravada pelo contexto pós-pandemia.

Ao longo da história, as mulheres têm sido vítimas de diversas formas de violência, incluindo aquelas que ocorrem nos períodos de gestação, parto, nascimento e pós-parto. Esses momentos de maior vulnerabilidade feminina são frequentemente marcados pela violência obstétrica (VO), que pode se manifestar por meio de agressões psicológicas, verbais, físicas e até sexuais, podendo estar associada à discriminação na assistência, negligência e imposição de procedimentos com ou sem o consentimento da mulher (Souza & Dias, 2019). Esse tipo de violência caracteriza-se pela imposição de dor e sofrimento evitáveis, comprometendo a dignidade e os direitos das gestantes.

O ano de 2022 marcou a necessidade imperativa de cada profissional em tornar-se criativo para construir uma nova relação com os usuários. Diante deste cenário, os profissionais realizaram o projeto "Chá de bênçãos" que é caracterizado como um rito de passagem da mulher gravida, em preparação para o parto. Para além, o "Chá de bênçãos" é um evento realizado ao término da gestação, geralmente após a 37° semana, quando a gestante se prepara para o parto e a chegada do bebê. Neste momento, marcado por ansiedade e mudanças, é crucial contar com apoio da rede de amparo e o fortalecimento proporcionado por outras mulheres que já passaram por experiências similares.

Apesar de sugerir um tom religioso, o "Chá de bênçãos" não é necessariamente um evento de cunho religioso. Nele, é possível convidar pessoas queridas de diversas religiões, crença para orarem e pedirem proteção divina para mãe e o bebê durante o parto. A atmosfera do "Chá de bênçãos" é geralmente serena e reconfortante, com decorações suaves, velas e flores. Uma atividade comum é a pintura da barriga da gestante, simbolizando o vínculo entre mãe e filho(a) celebrando a beleza da gravidez, representando um aporte de fortalecimento e encorajamento emocional para o grupo de gravidas. A escolha da abordagem para o grupo guarda íntima relação com a prática de doulagem exercida pela coordenadora do projeto, buscando incorporar os princípios norteadores dessa prática com esse grupo, destacando o apoio emocional, conforto físico e construções de pontes entre os profissionais da saúde e a grávida.

Conforme explica Teixeira (2003), a doula é uma acompanhante de parto treinada que oferecer apoio físico e emocional contínuo à mulher antes, durante e após o parto. Seu trabalho concentra-se no corpo, utilizando técnicas como toques, massagens, exercícios e compressas, que ajudam a reduzir a percepção da dor e proporcionam um trabalho de parto mais acolhedor. O termo "doula" vem do grego e significa "mulher que serve", reforça esse papel essencial de apoio à parturiente, sustentando uma relação de confiança e acolhimento.

O objetivo deste projeto foi fortalecer a vivência da gestante durante o período gravídico por meio das PIC, promovendo seu empoderamento e autonomia feminina. O projeto teve como propósito inserir a experiência do "Chá de bênçãos" em um grupo de gestantes, proporcionando um espaço de celebração e apoio. Para isso, buscou-se realizar um levantamento do número de participantes e estruturar um cronograma de atividades adequado à idade gestacional de cada uma, atendendo às suas necessidades específicas. Além disso, o projeto visou contribuir para a redução de casos de violência obstétrica, promovendo um ambiente de acolhimento e respeito. Também buscou evidenciar os benefícios das práticas terapêuticas aplicadas, como escalda-pés, varal de fotos, leitura de cartas de familiares, musicoterapia, aromaterapia e

coroação com flores, demonstrando o impacto positivo dessas atividades no bem-estar das gestantes.

O projeto teve início em janeiro de 2022, no auditório da SEMSA, com capacidade para atender as 40 gestantes cadastradas e vinculadas às suas respectivas equipes territoriais. Na primeira etapa, foi realizada a busca ativa das gestantes, conduzida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a estratificação das participantes pela idade gestacional. Na segunda etapa, reuniu-se a equipe multidisciplinar para organizar e distribuir as atividades e métodos a serem implementados no projeto.

O planejamento e a execução envolveram uma atividade expositiva seguida de uma roda de conversa sobre o parto humanizado. Seguido da realização da prática do ritual de despedida da barriga para as gestantes que aceitassem participar e que estivessem com 37 semanas de gestação ou mais, conforme os critérios estabelecidos. Para realizar o ritual, foram necessários itens como bacias, tapete, flores, ervas, velas, incensos, água morna, música e um cenário temático. Todos os elementos foram selecionados com o objetivo de criar um ambiente relaxante e confortável para as gestantes, promovendo uma experiência de acolhimento e bem-estar.

"Chá de Bênçãos": ritual de cuidado e preparação para o parto

As práticas "Chá de Bênçãos" foram conduzidas em rodas de conversa com as gestantes presentes. Durante esses encontros, elas compartilhavam suas experiências e relatavam a ausência de contrações ou outras alterações fisiológicas indicativas do início do trabalho de parto. O "Chá de Bênçãos" começa com a preparação de um escalda-pés com ervas estimulantes, que atuam para desinchar os membros inferiores. Dentre as ervas, estão também flores e especiarias, como Conta de Lágrimas, pétalas de rosas brancas e vermelhas, alecrim, jasmim, cravo, canela e gengibre. Enquanto a gestante fica com os pezinhos na água quente, é lida a carta de bênçãos para o parto. Ficou estabelecido que a ação teria uma duração aproximada de duas horas, incluindo a aplicação de terapias ayurvédicas.

O Ayurveda é uma medicina de origem indiana, é considerado o sistema de saber médico tradicional mais antigo do mundo. Seu nome deriva do sânscrito, em que Ayus quer dizer 'vida' e Veda significa 'ciência' ou 'conhecimento', sendo, portanto, conhecida como a 'Ciência da Vida'. Essa tradição milenar é frequentemente descrita como a 'ciência mãe', da qual teriam emanado diversas outras Racionalidades Médicas mundo (Carneiro, 2009).

O Ayurveda, medicina tradicional indiana com mais de cinco mil anos, é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um sistema terapêutico e um estilo de vida. Aplicado em diversas partes do mundo, incluindo o Brasil, destaca-se pelos resultados positivos, face ao olhar individualizado que tem sobre cada pessoa e sua constituição. A OMS ressalta sua eficácia tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças, indo além da terapia para abranger uma filosofia de vida (Machado, 2020).

No Brasil, a Ayurveda foi incorporada ao SUS pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, no âmbito da PNPIC, instituída pela Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Essa política reconhece e incentiva o uso de práticas integrativas na rede pública de saúde, ampliando as opções terapêuticas disponíveis e promovendo uma abordagem integral do cuidado.

A Medicina Ayurvédica enfatiza a harmonia entre a alma (espírito), a mente e o corpo, considerando esse equilíbrio essencial para a manutenção da saúde e da felicidade. Diferente da abordagem da Medicina tradicional, o ayurveda compreende a fisiologia humana de maneira distinta, associando o metabolismo aos desequilíbrios dos tecidos corporais causados pela oscilação dos doshas. Segundo a filosofia por trás desta terapia milenar, acredita-se que o corpo humano é constituído por três princípios fundamentais (doshas), que resultam da combinação dos elementos água, terra, fogo, éter e ar. Para restaurar o equilíbrio entre corpo, mente e espírito, essa prática milenar emprega diversas intervenções terapêuticas, incluindo aromaterapia, fitoterapia, nutrição, massagens terapêuticas específicas e yoga ("Medicina Ayurvédica", 2023).

Ao longo do projeto, foram acompanhadas aproximadamente 70 grávidas na faixa etária de 16 até 35 anos estabelecido o cronograma de encontro mensalmente onde acontecia no auditório da Unidade de Saúde Jose Evangelista com demais temáticas sobre o processo gestacional e ao final do encontro era realizado o chá de bênçãos e com estratificação de cumprimento de todas as consultas de enfermagem, médico, odontológica, vacina, teste rápidos sorológicos e exames laboratoriais preconizado pelo Ministério da Saúde que tiveram acesso as PICS.

Avaliando as ações do projeto foi verificado o fortalecimento da rede de serviços em saúde, uma vez que estes foram compartilhados com a comunidade. Além disso, alcançamos um fortalecimento de vínculos, pois a equipe de saúde estreitou relações de confiança a população adstrita. O projeto foi um ponto de apoio para estreitamento dos vínculos participação do parceiro, amigos e demais familiares. Observou-se melhoria de cobertura de pré-natal, incidindo melhoria da problemática dos baixos índices de pré-natal, como indicador de saúde. O indicador do Previne Brasil do Município de Nhamundá apontava 10% de cobertura no Q1 2021 (1º quadrimestre de 2021), no Q2 2022 (2º quadrimestre de 2022) o índice subiu para 19%, Q1 e Q2 - 21%. Os indicadores do Previne Brasil abrangem grupos prioritários, incluindo gestantes, mulheres, crianças e usuários com doenças crônicas.

É valido pontuar os benefícios emocionais, uma vez que a maioria das participantes relatou relaxamento físico e emocional. As atividades propostas proporcionaram empoderamento para o trabalho de parto, através de um acolhimento humanizado, visando apoio emocional e psicológico da futura mãe. Além disso, proporcionou um momento de reflexão sobre a condição de gravidez, onde puderam compartilhar suas dúvidas e conhecimentos entre si.

Na Figura 1, está a apresentação das gestantes que atenderam a todas as exigências do projeto ao longo da gestação eram convidadas a participar do momento de relaxamento por meio da técnica de escalda-pés.

Figura 1. Apresentação das gestantes.

Fonte: Niick joander, 2022.

Nas Figuras 2 e 3, a terapia começava com as gestantes colocando os pés em uma bacia com água morna, na qual eram adicionadas ervas como folha de manjericão, que proporciona relaxamento e redução do edema, além de duas colheres de sal grosso e sachês de camomila. As gestantes permaneciam até a água esfriar. Esse momento incluía o escalda-pés seguido de uma massagem nos pés das gestantes.

Figura 2. Terapia do escalda-pés com as gestantes

Fonte: Niick joander, 2022.

Figura 3. Momento da massagem nos pés da gestante.

Fonte: Niick joander, 2022.

A Figura 4 retrata o momento em que as cartas dos familiares são lidas, proporcionando conforto e fortalecendo a segurança da gestante enquanto ela aguarda o parto e a chegada do bebê.

Figura 4. Leitura das cartas

Fonte: Niick joander, 2022.

A coroação com flores, representando a gestante como uma rainha e protagonista de seu parto, é ilustrada na Figura 5.

Figura 5. Momento da Coroação de flores.

Fonte: Niick joander, 2022.

Ao final das atividades realizadas no encontro, todas as gestantes eram contempladas com um kit maternidade, como uma forma de reconhecimento, apoio e gratidão pela confiança depositada na equipe, figura 6.

Figura 6. Entrega do kit maternidade.

Fonte: Niick joander, 2022.

Relatos e as experiências das Gestantes com o "Chá de Bênçãos" como PICS

Gestante E.A - "É uma sensação aliviadora! como estou no final da gestação, o estresse e cansaço fico ansiosa e com o escalda-pés que faz parte do chá de bênçãos, alivia, dá uma sensação de alívio e hoje meu bebê mexeu muito a mesma sensação de que eu sentir ele também teve".

Gestante D.M - "Foi uma preparação para a minha gestação e trabalho de parto, ajudou me acalmar, pois eu estava muito ansiosa com medo do que poderia acontecer. Se eu iria ter parto normal ou cesária. A Neliane através do chá de bênçãos me preparou para os dois tipos de parto, tinha muito estresse devido a gravidez, meus pés ficaram muito inchados e foi muito maravilhoso a sensação de relaxamento que tinha em cada sessão de escalda-pés".

As PICS são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com meio ambiente e a sociedade. O exemplo de PICS, o "Chá de Bênçãos" é um rito para exorcizar os medos do final da gravidez e abastecer a gestante de boas energias. A gestante precisa de um chá de injeção de energia, de fé, de confiança para poder viver a gestação, o parto e a maternidade com muita segurança e afeto.

Em Nhamundá representou um momento de resgate no protagonismo da gestante enquanto mulher, que chega no projeto com alta carga de ansiedade, cobrança interna e preocupações com o futuro, onde cabe ao grupo, auxiliado por familiares e amigos, conduzi-la ao resgate de sua individualidade e subjetividade. A realização do projeto oportunizou apresentação de uma nova proposta de saúde, que respeita os saberes populares, aproximação à realidade do usuário, com utilização de técnicas místicas e medicina tradicional chinesa. Além disso, possibilitou melhoria dos desconfortos da sintomatologia da reta final da gestação.

Ainda que insistam em colocar uma linha divisória entre saberes populares, tradicionais e os códigos da medicina acadêmica, o grupo de

gestante traz essa metodologia norteadora que evidencia a contextualização que os dois campos de atuação possuem uma resolutividade dos serviços de saúde. As PICS antes eram restritas à área privada, mas foi ampliada para o SUS com o desafio de integrar os saberes e práticas nas diversas áreas do conhecimento para desenvolvimento do projeto humanizado e integral.

Referências

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Institui a Ayurveda no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS. Recuperado em novembro de 2024. https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/pics.

Carneiro, D. M. (2009). Ayurveda: Saúde e longevidade na tradição milenar na Índia. São Paulo. Editora Pensamento.

Carneiro, R. G. (2011). Cenas de parto e políticas do corpo: Uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades e Estados. https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/nhamunda.html?.

Machado, K. (2020). Ayurveda: a ciência da longa vida e de longa data. CABSIN. https://cabsin.org.br/ayurveda-a-ciencia-da-longa-vida-e-de-longa-data/

Medicina Ayurvédica: o que é e como funciona? (2023). Educação Médica Afya. https://educacaomedica.afya.com.br/blog/medicina-ayurvedica-o-que-e-e-como-funciona?utm_source=perplexity.ai&utm_medium=referrer

Souza, I. (2019). A percepção dos profissionais de enfermagem frente à violência obstétrica em uma maternidade do norte do Espírito Santo. São Mateus. https://repositorio.ivc.br/bitstream/handle/123456789/359/TCC%20%20VIOLENCIA%20%20OBSTETRICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Teixeira, M. de L. da S. (2003). A doula no parto: O papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. São Paulo: Ground.

“Flor de tucumã”: serviço da eMulti e exame *Papanicolau* humanizado em mulheres do município de Nhamundá, AM

Fabíola Guimarães de Carvalho
Trindade de Jesus Vidal Furtado
Samara de Oliveira Guimarães

Apresentação

O câncer de colo de útero é manifestado por lesões que ocorrem nos epitélios escamoso e glandular, considerando que essas alterações patológicas são visualizadas pelo do exame papanicolau (INCA, 2021). A causa do câncer de colo está relacionado com o contato direto com o Papiloma Vírus Humano (HPV), apresenta-se mais de 118 espécies, quais os vírus HPV 16, 18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, e 58, são de características oncogênica e os demais apresentam baixo risco e estão ligados com a transmissão por via sexual e a olho nu manifestam-se por lesões verrucosas. Assim, considera-se que mais de 105 milhões de mulheres no mundo inteiro terão contato com o vírus do HPV 16 ou HPV 18 pelo menos uma vez na vida (Nakagawa, Schirmer, & Barbieri, 2010).

Levando em consideração que o câncer do colo do útero está ligado 99% dos casos a infecção do papilomavírus humano-HPV, que é a terceira neoplasia mais incidente na população feminina brasileira. O Amazonas está entre os estados de maior incidência do câncer do colo do útero, dados do Instituto Nacional do Câncer-INCA (2022) que apresenta uma taxa de incidência de 13 a 25 novos casos a cada 100 mil habitantes.

O Município de Nhamundá-AM é uma ilha distante da capital 382Km e o acesso é apenas fluvial. A rede de atenção à saúde constitui-se de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 02 UBS na zona urbana, 08 UBS na zona rural e 01 UBS Fluvial. O município tem em sua composição 64 comunidades rurais e

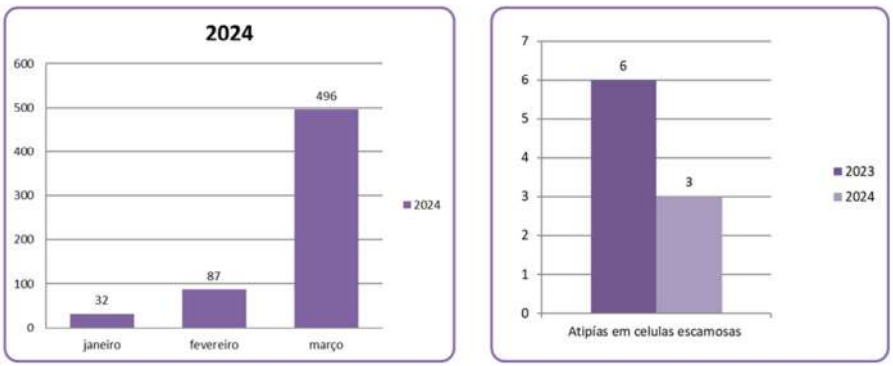
a logística de fazer saúde no território líquido torna-se complexo, visando que as equipes de saúde se descolam para determinados polos de saúde.

Mobilização local

A experiência do projeto "Flor de Tucumã" tem seu título inspirado no fruto amazônico que reflete a originalidade e delicadeza da mulher nhamundaense. Surgiu devido à baixa adesão das mulheres na coleta do exame Papanicolau, com faixa etária de 25 a 64 anos em 2024, somado as problemáticas: aumento de morbidade de atipias em células escamosas. Devido os dados baixíssimos de coletas em janeiro, de 32 coletas, teve um aumento significativo em fevereiro com 87 coletas.

A coordenação municipal de saúde da mulher, coletou dados de cada UBS para contabilizar o número necessitando do serviço. Assim, foi gerado um cronograma de ação que promoveu a coleta e oferta de serviços multiprofissional no turno noturno nas UBSs urbana e rural. A mobilização também trouxe impacto diretamente no Indicador 4 do Previne Brasil.

Gráfico 1. Gráficos de coleta de preventivo e alterações



Fonte: acervo coordenação saúde da mulher /DATASUS

O objetivo geral do trabalho foi ampliar o atendimento de coleta humanizada com manejo de lesão em tempo oportuno e acesso aos serviços eMulti, diminuindo a subnotificação de lesões no colo uterino nas mulheres

de Nhamundá. Os específicos foram: realizar o exame preventivo em tempo oportuno, facilitando o acesso de coleta de Papanicolau e serviços da equipe eMulti; referenciar os achados alterados ao ginecologista do município e Sistema de Regulação (SISREG); capacitar as Equipes na melhoria do desempenho da mobilização social e utilização de novas ferramentas de gestão do cuidado; apresentar a cada quadrimestre o desempenho das equipes dos serviços ofertados, promovendo a acreditação das Unidades Básicas de Saúde do Município.

A metodologia deste trabalho utilizou documentos e informações dos serviços. Realizamos um levantamento epidemiológico das mulheres não atendidas e contabilização da falha na cobertura do papanicolau e seus aspectos, como: coleta em período oportuno, intervalo acima de 3 (três) anos, alterações no resultado do laudo e sem intervenções de encaminhamento/acompanhamento. As ações iniciaram com a organização das UBS e a divulgação da ação por mídia social, voz comunitária e porta a porta com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Imagem 1. Organização com as Equipes de Saúde para Mobilização.

Fonte: Acervo de mídias – coordenação saúde da mulher, 2024.

A primeira ação aconteceu no dia 15 de março de 2024, na UBS Santo do Mamoriacá, para atender as demandas dos serviços coadjuvantes com a equipe ribeirinha, em que a equipe de eMulti descolou-se da sede do município às 17h (por meio de lancha rápida) e retornando as 22h.

Figura 2. Equipe eMulti se deslocando em lancha.

Fonte: Acervo de mídias – coordenação saúde da mulher, 2024.

A segunda ação ocorreu dia 22 de março de 2024, na sede do município, na UBS José Evangelista para atender a demanda, com 04 consultórios de coleta, diminuindo o tempo de espera, atendimento odontológico, avaliação nutricional, fisioterapia com pilates e atendimento médico.

Figura 3. Equipe eMulti e equipe da UBS.

Fonte: Acervo de mídias – coordenação saúde da mulher, 2024.

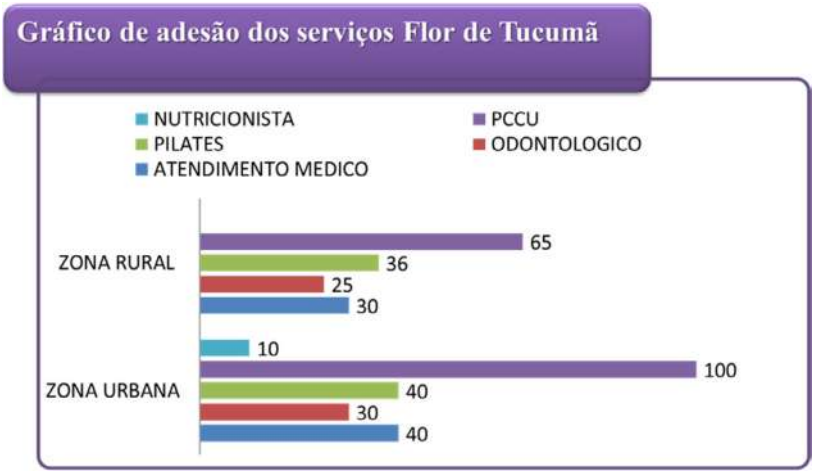
A última ação, teve o protocolo das coletas de Papanicolau, onde efetuou-se no período de 01 de março a 31 de março de 2024, juntamente com o número de coleta realizada em todas as UBSs e com reunião das equipes para mostrar o resultado da ação.

Resultados

Os resultados das ações, nas UBSs de abrangência, mostraram-se efetivos e positivos para o padrão das metas de coletas estimadas pela pactuação anual municipal, evidenciada na quantidade de coletas comparadas com o ano de 2023 que teve o total de 1.272 coletas e no primeiro quadrimestre do ano de 2024 totalizou-se em 615 coletas neste município. A ação na UBS Santo Antônio teve 65 coletas de papanicolau em 02 consultórios ginecológicos montados, 25 avaliações odontológicas, 30 consultas médicas e 36 avaliações de fisioterapia.

Para a realização do projeto na UBS José Evangelista teve os consultórios ginecológicos ampliados para o total de 04 ambiências, com iluminação e sonorização peças anatômicas, reforçando total orientação que teve na educação em saúde com ginecologista do município na sala de espera, obtendo o total de 100 coletas, 30 avaliações odontológicas, 10 avalições nutricional, 40 consultas médicas, 40 mulheres participaram da seção de pilates, 10 atualização de cadernetas de vacinas e 35 testes rápidos para sorologias.

Gráfico 2. Adesão aos serviços.



Fonte: coordenação saúde da mulher, 2024.

Considerações Finais

O projeto "Flor de Tucumã" foi de suma relevância, pois as estratégias se mostraram efetiva e oportuna para a capitação das mulheres faltosas em horário diurno, garantindo o direito à saúde e dando a visibilidade da importância do trabalho integrado com a equipe eMulti. É possível observar que esta promoção e prevenção de saúde foi assertiva, pois obteve excelente adesão ao atender as mulheres que não conseguem realizar seus acompanhamentos de saúde devido as condições de trabalhos ou rotina do lar, bem como, outros motivos não identificados que dificultam o acesso a UBS.

Concluímos que a aplicabilidade do projeto "Flor de Tucumã" deve ser estendida a todas as UBS, pois tem o caráter inovador pelo horário alternativo, pela humanização e acesso aos demais serviços e principalmente pelo baixo custo para ser utilizado como estratégia de rastreio qualitativo e quantitativo para identificação precoce do câncer de colo de útero.

Referências

INCA. (2016). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto

Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA.

INCA. (2021). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA.

Nakagawa, J. T. T., Schirmer, J., & Barbieri, M.. (2010). Vírus HPV e câncer de colo de útero. Revista Brasileira De Enfermagem, 63(2), 307–311. https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021

INCA. (2023). Instituto Nacional de Câncer. Dados e números sobre câncer do colo do útero. Relatório Anual.

Caravana de reabilitação: serviços de fisioterapia ofertados em comunidades ribeirinhas de Nhamundá, AM

Carolina Neves Jacaúna
Priscila Santana

Introdução

O presente relato apresenta uma atividade de atendimento em saúde na cidade de Nhamundá, um município localizado no baixo amazonas, limítrofe entre os estados do Amazonas, Roraima e Pará. A figura 1 ilustra a imagem vista de cima da cidade de Nhamundá. O município é da região de Saúde do Baixo Rio Amazonas, que tem como referência o município de Parintins, distando desta cerca de 375 quilômetros da capital Manaus, sendo 577 km por via fluvial, com altitude de 50 metros acima do nível do mar. A imagem da figura 2 regista no mapa o trajeto da cidade de Nhamundá, até a cidade de Manaus, identificando a localização dos municípios em seu entorno.

Figura 1. Imagem vista de cima do município de Nhamundá no Amazonas.

Fonte: Google Maps, 2024.

O presente texto apresenta os resultados das ações de saúde ocorrido nas comunidades ribeirinhas do município de Nhamundá que receberam a expedição da Caravana de Reabilitação. A ideia projeta "caravana de reabilitação" surgiu a partir da necessidade de atendimento dos usuários com dificuldades de acesso aos serviços de fisioterapia, que eram somente ofertados na zona urbana. O projeto tem atuado, desde o ano de 2022, abrangendo anualmente cerca de 1.920 usuários das comunidades ribeirinhas.

Figura 2. Imagem de acesso ao município de Nhamundá no Amazonas.

Fonte: https://nhamunda.am.gov.br/turismo/, 2024.

O acesso a saúde é composto pela rede de atenção à saúde do município é constituída por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em cinco comunidades, sendo elas: Cutipanã, Santa Maria, Santo Antônio, Sagrado Coração e Corocoró. Neste contexto, dada a extensão territorial do município, que ocupa a área de 14.105,619 km² e sua população 21.710 habitantes (IBGE 2021), comunidades ribeirinhas se encontram nas margens de rios e lagos, que constituem numa barreira de acesso, especialmente durante a seca dos rios, como aconteceu no segundo semestre de 2023.

A proposta do projeto visa oferecer um modelo assistencial à saúde em áreas remotas do município que sofrem em decorrência da sazonalidade dos rios, com cheias e secas, afetando o acesso às comunidades. Estas ações possibilitaram aos profissionais da saúde, conhecer novas vivências e condições socioeconômicas dos usuários inseridos em seus locais de domicílio.

Metodologia e procedimentos do trabalho em área ribeirinha

O relato de experiência parte da observação participante, utilizando como recurso de escrita o relato de experiência que foi apresentada na Mostra Estadual Aqui Tem SUS, promovida pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS AM). No campo da saúde a realidade a ser abordada se apresenta sempre como uma totalidade que envolve diferentes áreas de conhecimento e abrange a dinâmica do mundo da vida (Minayo, 2014).

Os delineamentos do projeto de intervenção em saúde respondem a uma demanda da população que impacta na continuidade do tratamento. Elas partem das dificuldades em dar sequência na continuidade do serviço ao usuário, deste modo, a demanda refere-se às barreiras de acesso a saúde, em especial no período da cheia. É importante ressaltar a potência e inovação dos trabalhadores sobre a atividade realizada.

A construção das estratégias de atendimento desenvolvidas no projeto considerou o relato dos usuários sobre seus impedimentos no acesso da população ribeirinha aos serviços de fisioterapia ofertados no município. A realidade apresentada conduziu o grupo a avaliar as reais necessidades dessa população, indicando estratégias de manejo sobre o trabalho dos profissionais de fisioterapia para as comunidades. Deste modo, iniciamos o movimento de saída dos consultórios urbanos para uma condução até a população ribeirinha.

A estratégia organizada pelos trabalhadores foi, inicialmente, sendo conduzidas pelas equipes de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da zona rural, que passavam as demandas para a equipe de saúde da família

(médicos e enfermeiros) da comunidade, que por sua vez avaliavam e nos casos necessários encaminhavam a fisioterapia.

A Caravana de Reabilitação em Nhamundá é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), focada na promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. Esse projeto é financiado exclusivamente por recursos municipais, visando atender às necessidades de saúde da população local, levando serviços de reabilitação e cuidados de saúde diretamente às comunidades. Além de oferecer atendimentos fisioterápicos, a caravana de reabilitação pôde incluir ações educativas sobre prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis. Essa abordagem é essencial para alcançar populações que, muitas vezes, enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Em 2022, foram apresentados um total de 1.548 casos de diversas patologias, sendo que de janeiro de 2023 até o primeiro trimestre de 2024 foram atendidos mais de 1.436 usuários na área de fisioterapia. Além dos atendimentos clínicos, foram realizadas orientações e ações de educação em saúde para a população ribeirinha, alcançando um total de 4.160 usuárias. A tabela a seguir ilustra os resultados alcançados durante o período de janeiro de 2022 a março de 2024.

Quadro 1. Intervenções fisioterapêuticas nas comunidades ribeirinhas, janeiro de 2022 a março de 2024.

▫	2022	2023	2024	TOTAL
ORTOPÉDICOS	521	489	92	1.102
NEUROLÓGICOS	138	143	56	337
PEDIÁTRICOS	289	301	87	677
REUMATOLÓGICOS	307	224	34	565
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	372	361	189	922
OUTROS	293	234	30	557
TOTAL	**1.920**	**1.752**	**488**	**4.160**

Fonte: elaborado pelos autores, 2024.

Estes dados foram selecionados e organizados de modo que os usuários foram atendidos em expedições realizadas em embarcações de médio porte. O transporte é realizado por estradas ou em motor rabeta (motor típico da Amazônia de baixo HP) para atendimentos nas cabeceiras dos rios. As embarcações são lanchas de pequeno e médio porte, de propriedade da prefeitura, alugadas pela Secretaria de Saúde, no período da cheia, tendo em vista as limitações do acesso terrestre. Essa logística permite que a Caravana de Reabilitação chegue a locais remotos, assegurando que as pessoas recebam o atendimento necessário e facilitando o alcance as comunidades. A estratégia é eficaz na garantia aos serviços de saúde nas comunidades rurais de Nhamundá.

Ao chegar na comunidade rural a equipe de fisioterapia monta os consultórios itinerantes, que podem ser montados em locais, como barcos, lanchas ou em salas de aulas, barracões, centros comunitários. Esses são equipados com os recursos necessários para realizar consultas, exames físicos e outros procedimentos. O consultório itinerante é uma estratégia de atendimento que envolve levar serviços de saúde a áreas remotas ou de difícil acesso, onde a população pode ter dificuldade em acessar atendimento especializado regular. O principal objetivo do consultório itinerante é aumentar a cobertura de saúde, promover a prevenção de doenças e oferecer cuidados básicos de saúde diretamente nas comunidades. As imagens 03 e 04 ilustram a locomoção das equipes de saúde chegando na comunidade.

Figura 3. Acesso às comunidades pela Equipe.

Fonte: Carolina Jacaúna, 2023.

Imagem 4. Equipe com o transporte fluvial.

Fonte: Carolina Jacaúna, 2023.

Em janeiro de 2022, iniciamos nossa primeira viagem da Caravana de Reabilitação para a comunidade de Sagrado Coração de Jesus – Aduacá, sendo foi a primeira a receber nossos atendimentos. Durante essa ação, também atendemos comunidades vizinhas, ampliando nosso alcance e beneficiando diversos públicos, incluindo não apenas os moradores locais, mas também usuários de áreas próximas. Essa experiência nos permitiu levar cuidados de saúde e reabilitação a um número maior de pessoas.

Utilizamos todos os recursos disponíveis para garantir a melhor qualidade de atendimento, equiparando-nos ao que é oferecido nas áreas urbanas. Contamos com aparelhos portáteis, como eletroestimuladores TENS e FES, ultrassom, além de equipamentos para treino de propriocepção, força e liberação miofascial. Também temos exercitadores de mão, material para bandagens, halteres, bolas, macas e tatames, entre outros. Dessa forma, asseguramos um atendimento completo e eficaz. As imagens 05, 06 e 07 ilustram a atividade das equipes de saúde na comunidade.

Imagem 5. atividade na comunidade.

Fonte: Carolina Jacaúna, 2023.

A equipe da Caravana de Reabilitação é composta por composta por seis fisioterapeutas, um motorista, uma cozinheira e a secretária de saúde, essa equipe se une aos profissionais da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A caravana de reabilitação se faz presente em dois sábados de cada mês nas comunidades, realizando atendimentos em consultórios itinerantes com parte da equipe, enquanto outros membros saem para prestar atendimento aos usuários domiciliados na mesma comunidade ou até mesmo em núcleos fora da comunidade.

Imagem 6. atividades do Projeto na Comunidade.

Fonte: Carolina Jacaúna, 2023.

A colaboração entre as equipes é fundamental para o bom desenvolvimento das atividades. Neste processo, os ACS desempenham um papel crucial ao realizar a busca ativa nas comunidades, identificando necessidades de saúde e facilitando o acesso aos serviços. Isso permite, que

os médicos e enfermeiros ofereçam atendimentos e encaminhamentos adequados, assegurando que a população receba os cuidados necessários. Essa integração entre os profissionais é vital para o sucesso da caravana, permitindo uma abordagem holística e personalizada para cada comunidade atendida.

Imagem 7. atendimento domiciliar.

Fonte: Carolina Jacaúna, 2023.

No atendimento, utilizamos uma cartilha desenvolvida pela equipe de fisioterapia da nossa unidade para proporcionar conhecimento e apoiar a continuidade do tratamento dos usuários de forma didática. A cartilha é ilustrativa e de fácil manuseio, apresentando exercícios de alongamento e mobilidade organizados em três seções: membros superiores, membros inferiores e coluna, com formato frente e verso, ela permite que os usuários realizem os exercícios de maneira autônoma em casa, facilitando a prática e a recuperação. A cartilha de exercícios entregues aos usuários apresentou-se como uma excelente estratégia de apoio ao tratamento, de modo que, favorecendo a autonomia, continuidade e constância.

A abordagem é especialmente valiosa em regiões rurais ou em comunidades ribeirinhas, onde a infraestrutura ser uma barreira para o acesso a serviços de saúde. Além de consultas fisioterapêuticas, os consultórios itinerantes

podem oferecer serviços de acompanhamento de doenças crônicas, orientações sobre saúde e bem-estar, e atividades educativas para a promoção da saúde.

Resultados: produzindo acesso à população

Foram realizadas 54 caravanas de reabilitação com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), entre janeiro de 2022 a março de 2024. Os seis fisioterapeutas da equipe realizaram consultas, atendimentos e orientações na zona ribeirinha, alcançando mais de 48 comunidades. Em média 1920 usuários foram beneficiados anualmente, e mais de 4160 até março de 2024.

O quantitativo é significativo, pois há uma grande demanda de usuários que necessitam de tratamento fisioterapêutico. A partir dos relatos, foram realizadas intervenções fisioterapêuticas, iniciando com atendimentos assistenciais de saúde nas áreas de ortopedia, neurologia, pediatria e reumatologia. Foram realizados 4320 atendimentos, dos quais 3338 foram clínicos e 982 de educação em saúde, com orientações e distribuição de cartilhas de exercícios elaborada pela equipe de fisioterapia.

O projeto se mostra relevante, pois a partir da realidade observada, foi possível redirecionar recursos para facilitar o atendimento à população ribeirinha e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida desses usuários. A experiência vivenciada por meio dessas ações nos mostrou a realidade desse público e nos possibilitou incluir uma população que historicamente ficou excluída de atendimentos mais especializados.

A experiência de atendimento fora dos espaços fechados dos consultórios, revela uma realidade a ser abraçada, uma população cujo território demanda uma atenção diferenciada, apesar das distâncias e os espaços que têm pouca infraestrutura de atendimento. A visita domiciliar retrata uma atividade de trabalho humanizada, que respeita as diferenças, independe de raça credo e, principalmente, está comprometida com a garantia dos direitos à saúde. As estratégias de atendimento aplicadas no projeto revelam a importância do uso da criatividade e engenhosidade na garantia do acesso a saúde, tornando-o mais humano e assim respeitando as realidades locais no acesso a saúde.

Considerações Finais

Concluímos que o aprimoramento do cuidado promove o acesso à saúde e aos serviços especializados, de modo regular e contínuo, para que os usuários possam ter uma atenção integral e equitativa. Os resultados nos levam a pensar que podemos contribuir com a inclusão e promoção de saúde das populações ribeirinhas do município de Nhamundá. Portanto, para implementar linhas de cuidado nos programas de saúde nesse território, é essencial entender a identidade das comunidades ribeirinhas, seu modo de vida, territorialidade e as práticas cotidianas, a fim de efetivamente promover a saúde da população.

A atividade de sair dos consultórios urbanos, possibilitou um olhar diferenciado sobre os determinantes de saúde e possibilitou o acesso ao direito de acesso a saúde da população ribeirinha. Do mesmo modo, o relato dos usuários sobre suas dificuldades de acesso aos serviços de fisioterapia, trouxe aos trabalhadores a satisfação de estar realizando um trabalho que garante o direito universal à saúde. A prática dos trabalhadores sobre a atividade realizada mostra que a promoção de saúde é potente quando conseguimos utilizar de diferentes estratégias de educação, como foi o caso da cartilha.

A continuidade do serviço é um dos desafios enfrentados pela regionalização da saúde, principalmente na região da Amazônia onde a sazonalidade do clima determina as formas de acesso. Kadri (2022) argumenta que a articulação da atenção básica para os serviços de atenção especializada necessita compreender sobre que condições políticas, geográficas e sociais para construir os fluxos da rede.

A complexidade que envolve o território amazônico nos leva a reconstruir espaços e estratégias que garantam a continuidade do serviço de modo a garantir oportunidades de acesso e integralidade nas ações. Neste projeto, as ações integradas nas linhas de cuidado configuram o funcionamento das redes crônicas, assegurando assim a equidade no atendimento. Em suma,

vale ressaltar a importância do projeto "Caravana de Reabilitação", pois facilita e viabiliza o acesso dos serviços de saúde remotas da Amazônia. Por fim, entendemos que este tipo de projeto pode fazer parte da realidade de outros municípios amazônicos, complementando as ações das equipes que atuam nos territórios ribeirinhos e fluviais da região.

Referências

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Censo Brasileiro de 2022: Nhamundá. IBGE. Disponível em https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/nhamunda.html. Acesso em 13 de agosto de 2024.

Kadri, M. R. A. (2022). Da atenção básica à atenção especializada e de urgência regional: os modos de fazer saúde na Amazônia das águas. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de janeiro.

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2014). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Editora Hucitec, 14ª ed - São Paulo.

Prefeitura Municipal de Nhamundá. (2024). Turismo. Disponível em: https://nhamunda.am.gov.br/turismo/. Acessado em 16/11/2024.

A fonoaudiologia no atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista em Rio Preto da Eva/AM

Vanessa Pereira Oliveira
André Luiz Freitas Nogueira
Gigellis Duque Vilaça
Victória Villar Viana Queiroz

Introdução

A Fonoaudiologia tem se mostrado cada vez mais uma profissão necessária para ampliação do escopo da Atenção Básica (AB) e da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais que outrora se limitavam à atuação reabilitadora, reclusos nos consultórios ambulatoriais e nos hospitais, hoje se veem ocupando territórios adscritos às Equipes de Saúde da Família (ESF) ou de Equipes de Atenção Básica, desenvolvendo ações não apenas clínico-assistenciais, mas também de promoção à saúde, de prevenção, vigilância e redução de danos (Chun & Vianna, 2022).

A fonoaudiologia no Brasil, teve início na década de 1930 com a idealização da profissão de Fonoaudiólogo, oriunda da preocupação da medicina e da educação com a profilaxia e a correção de erros de linguagem apresentados pelos escolares. Na AB, surgiu com a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), com a função de atuar, tanto no campo da saúde, de forma interdisciplinar e até transdisciplinar, quanto em seu núcleo específico de formação, pode realizar ações comuns a equipe, em sua atuação, deve promover condições que favoreçam a comunicação (Brasil, 2008).

A dimensão técnica do fonoaudiólogo foi atualizada com a mudança do NASF AB para eMulti, referente entrada do usuário na rede de saúde, o acolhimento e o horário de atendimento, a integralidade da atenção, o

compromisso e o vínculo (Dias *et al.,* 2023). No ano de 2023, a fonoaudiologia que atuava de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com a mudança para eMulti, retomando o fortalecimento ao cuidado multiprofissional na APS com reformulações e mudanças para atender as demandas do perfil demográfico e epidemiológico atual (Brasil, 2023).

O TEA é uma condição complexa que pode variar em intensidade e apresentação de sintomas. Crianças com TEA podem apresentar desafios na comunicação verbal e não verbal, dificuldades na interação social e padrões de comportamento repetitivos. A intervenção precoce é fundamental para fornecer às crianças com TEA as melhores chances de desenvolvimento e desenvolvimento, perante essas informações, reconheceu a necessidade de prestar um serviço humanizado, igualitário e promovendo o acesso a todos dos seus direitos assegurado por lei.

A escrita desse trabalho partiu do incentivo do enfermeiro André Freitas então gerente da Unidade Básica de Saúde Maria (UBS) de Lourdes em Rio Preto da Eva/AM, a partir da sua observação do fluxo dos atendimentos de fonoaudiologia na UBS, e as constantes evoluções das pessoas com TEA, ao longo dos atendimentos.

Atuação no território Amazônico

Neste capítulo, abordaremos a atuação fonoaudiológica na AB no município de Rio Preto da Eva, por meio das experiências exitosas e as evoluções dos usuários assistidos pelo serviço de fonoaudiologia, com predominância de crianças dentro do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essa experiência foi apresentada na 1° Mostra de Saúde Municipal de Saúde - Aqui tem SUS em Rio Preto da Eva.

Rio Preto da Eva é um município brasileiro localizado na Região Metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas. Situado a 50 km da capital Amazonense via terrestre e 37 km em linha reta, na AM – 010. Em 2022, a população era de 24.936 habitantes e a densidade demográfica era de 4,29 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2022).

Figura 1. Apresentação na 1° Mostra Municipal de Saúde em Rio Preto da Eva.

Fonte: Vanessa Oliveira, 2024.

No encontro foi apresentado o trabalho "A importância da fonoaudiologia na atenção básica para o atendimento de crianças com Transtorno do Espectro Autista – TEA, sendo reconhecido com o 4° lugar de experiência exitosa a nível municipal. Essa classificação nos possibilitou a levar essa experiência a nível estadual, para apresentação na V Mostra Estadual "Amazonas aqui tem SUS", em 2024. O evento realizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS/AM) e parceiros. Ao final o trabalho foi uma das experiências selecionadas na categoria de melhor experiência da Região de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, sendo certificado pela Fiocruz Amazônia com o prêmio IDEASUS Amazonas "Fiocruz é SUS".

Figura 2. Apresentação na V Mostra Estadual "Amazonas aqui tem SUS" 2024.

Fonte: Vanessa Oliveira, 2024.

Figura 3. Premiação na V Mostra Estadual e Certificado da Fiocruz Amazônia o prêmio IDEASUS Amazonas "Fiocruz é SUS".

Fonte: André Freitas, 2024.

O serviço de fonoaudiologia nos atendimentos aos usuários

As pesquisas sobre o trabalho fonoaudiológico tem contribuições relacionadas aos tratamentos das alterações de linguagem e, mais especificamente, de fala, bem como com o público infantil, embora atue da infância até a senescência. Esses fatores podem justificar a maioria dos encaminhamentos terem sido de crianças, feitos em grande parte pelo pediatra (Medeiros & Lima, 2019). As ações de educação permanente em saúde possibilitam a ampliação da atuação da Fonoaudiologia, repercutindo em uma melhor identificação de necessidades de saúde de usuários adultos e idosos que, assim como as crianças, têm direito a acessar esse profissional (Fernandes *et al.,* 2024).

Fonoaudiologia é uma ciência que estuda os processos de comunicação humana e o seu desenvolvimento, desde a sucção do leite materno até à deglutição na idade adulta. Atua em diferentes áreas da comunicação humana,

incluindo a voz, a fala, a audição, a escrita e as funções básicas, como respirar, mastigar e engolir. O fonoaudiólogo pode realizar avaliações e diagnósticos para identificar possíveis problemas relacionados à necessidade dos usuários e, em seguida, tratá-los. Pode trabalhar com pessoas de todas as idades, desde bebés a idosos, e pode ajudar a tratar distúrbios da linguagem, da fala, da deglutição, da audição, da respiração, da sucção, da mastigação, da expressão facial e da articulação da fala. Ainda pode no apoio às pessoas com sequelas de acidentes a recuperar os movimentos e funções orofaciais.

Em Rio Preto da Eva, os atendimentos de fonoaudiologia são realizados de forma humanizada e respeitando a individualidade de cada usuário do serviço. Ao longo dos anos a equipe tem apresentado melhores domínios de cuidados e assistência com os usuários. Quando o usuário chega na UBS, é entregue a caderneta de fonoaudiologia, confeccionada pela administração para anotações dos dias e horários dos atendimentos, evitando assim o esquecimento das datas dos agendamentos. Os agendamentos são realizados para cada usuários em um horário de atendimento, com esse sistema o usuário pode chegar na UBS, com 20 a 30 minutos de antecedência. Quando chega, é realizada a ficha de classificação de risco, protocolo esse usado para todos os atendimentos realizados na Unidade, em seguida o usuário é adicionado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Depois disso, é direcionado para realizar a triagem, para avaliação antropométrica peso, altura, verificação de temperatura. Sendo finalizado esse processo, a criança é direcionada para a sala de atendimento. Observamos que essa forma de agendamento, reduziu o tempo de espera na recepção para as sessões de fonoterapia, possibilitando um processo mais calmo antes de entra na sala. Assim, criamos uma rotina que fica estabelecida, possibilitando a criança se organizar internamente, diminuindo os níveis de estresse e ansiedade na sala de espera.

Avanços no acompanhamento de crianças de Transtorno do Espectro Autista - TEA

A atuação fonoaudiológica na Atenção Básica desempenha um papel na promoção, proteção e recuperação da saúde relacionada à comunicação humana. Os acompanhamentos são realizados na UBS Maria de Lourdes Azevedo, que é a Unidade de referência para os acompanhamento e execução das atividades com o profissional especialista na área de fonoaudiologia. Até o presente momento temos registrados no PEC, cerca de 52 (cinquenta e duas), crianças diagnosticadas com TEA, entre a faixa etária de 2 anos a 12 anos de idade.

Evidente a execução do serviço de atendimento de fonoaudiologia na AB, conforme preconiza o SUS, estabelece uma melhor qualidade no desenvolvimento da criança, seja ela na saúde ou na educação, bem como melhora na comunicação e socialização dessa pessoa. Assim, é importante, facilitar o acesso ao atendimento junto ao profissional Fonoaudiólogo, proporcionando uma experiência comunicativa e auxílio na inclusão escolar e social.

Realizamos a busca ativa nas áreas, mas também há uma grande procura pelos atendimentos de fonoaudiologia, assim como recebemos os encaminhamentos de laudos médicos de crianças diagnosticada com TEA. Os atendimentos vêm sendo ofertado desde 2021, com duração de 40 minutos cada sessão de fonoterapia, com forte crescente e aumento na demanda desse serviço. O serviço de saúde vem estreitando laços com a comunidade de Rio Preto da Eva, sendo agendamentos de novas criança diagnosticadas com TEA, buscando sempre oferta o atendimento ao maior número de criança na primeira infância. Os atendimentos são realizados com fonoterapia de forma humanizada, com estímulos lúdicos e dinâmicos.

O atendimento fonoaudiológico a crianças com TEA é estruturado para maximizar os benefícios terapêuticos. Durante essas sessões, os fonoaudiólogos utilizam abordagens individualizadas que focam na melhoria da comunicação verbal e não verbal, essenciais para o desenvolvimento social e acadêmico das crianças. Técnicas específicas, como o uso de jogos fonológicos

e atividades lúdicas, são empregadas para tornar o processo terapêutico mais envolvente e eficaz, promovendo a participação ativa das crianças e facilitando a generalização das habilidades aprendidas para outros contextos do dia a dia.

Além disso, a sessão permite um equilíbrio ideal entre a intensidade da intervenção e a capacidade de atenção das crianças, garantindo que elas possam se beneficiar plenamente do tempo dedicado sem se sentirem sobrecarregadas. A continuidade e a regularidade dessas sessões são fundamentais para o desenvolvimento contínuo, permitindo ajustes constantes nas estratégias terapêuticas conforme as necessidades individuais de cada criança evoluem. A equipe da UBS trabalha em estreita colaboração com os pais e cuidadores, fornecendo orientações e suporte para que as práticas terapêuticas possam ser reforçadas em casa, ampliando assim os resultados positivos da fonoterapia.

Resultados: ressignificando a de vida dos usuários

Os êxitos são contemplados tantos nos registros diários realizados no PEC, quanto no quantitativo de atendimentos realizados, sendo que dos 52 usuários atendidos, 49 apresentaram evoluções significativas no desenvolvimento da fala, motricidade oral, linguagem, aprendizagem, comunicação e socialização. Os outros três apresentam evoluções em aspectos de motricidade, comportamento, aprendizagem e socialização, seguem sem apresentar a fala como uso principal de comunicação, pois estão dentro da categoria não verbal do Espectro Autista, com níveis II e III de suporte, seguimos sempre ofertados sessões de atendimento buscando a evolução singular e individual de cada criança atendida.

Os dados revelam não apenas a eficácia das intervenções fonoaudiológicas, mas também a importância de um acompanhamento contínuo e personalizado. Observamos que, mesmo entre os usuários que não utilizam a fala como principal meio de comunicação, há progressos notáveis em outras áreas cruciais para o desenvolvimento integral, como a motricidade e a socialização. Esses avanços são indicativos de que as estratégias terapêuticas

adotadas são adequadas e eficazes, proporcionando melhorias significativas na qualidade de vida dos usuários.

Além disso, o acompanhamento sistemático dos atendimentos permite uma avaliação precisa dos resultados, facilitando ajustes nas abordagens terapêuticas conforme necessário. Portanto, a continuidade desse serviço é fundamental para garantir que todas as crianças, independentemente do nível de suporte necessário, possam alcançar seu pleno potencial.

A continuidade e a eficácia dos atendimentos fonoaudiológicos na AB foram um reflexo direto da robustez e abrangência do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS, com sua estrutura capilarizada e princípios de universalidade e integralidade, permite que serviços essenciais, como a fonoaudiologia, cheguem a todas as regiões, inclusive as mais remotas. A importância do SUS se evidencia na capacidade de oferecer atendimento gratuito e de qualidade, garantindo que todas as crianças, independentemente de sua condição socioeconômica, tenham acesso a terapias que promovem seu desenvolvimento integral.

Ademais, o SUS possibilita a formação contínua dos profissionais de saúde, assegurando que as práticas adotadas estejam sempre alinhadas com as mais recentes evidências científicas. Dessa forma, o SUS não apenas promove a saúde e o bem-estar das crianças atendidas, mas também fortalece a equidade e a justiça social no Brasil.

Considerações Finais

A fonologia desempenha um papel crucial no desenvolvimento de crianças com TEA, que por meio de estudo e da aplicação de técnicas fonológicas, é possível melhorar significativamente a percepção e a produção dos sons da fala, facilitando a alfabetização e a comunicação. Crianças com TEA frequentemente enfrentam desafios únicos na aquisição da linguagem, e a fonologia oferece ferramentas essenciais para superar essas barreiras, promovendo um desenvolvimento linguístico mais robusto e eficaz.

Nesse contexto, a terapia com fonoaudiólogos torna-se fundamental para aprimorar a fala e a socialização dessas crianças. O profissional utiliza abordagens personalizadas para atender às necessidades específicas de cada criança, trabalhando não apenas na articulação dos sons, mas também na compreensão e uso funcional da linguagem. A intervenção precoce e contínua pode levar a melhorias significativas na capacidade de comunicação e interação social, proporcionando às crianças com TEA uma maior independência e qualidade de vida.

Para garantir que todas as crianças, inclusive aquelas em regiões remotas, tenham acesso a essas terapias essenciais, o SUS desempenha um papel vital. O SUS promove a equidade no atendimento à saúde, oferecendo serviços essenciais que muitas vezes não estão disponíveis em áreas distantes. As políticas públicas e programas de saúde na AB asseguram que todas as crianças, independentemente de sua localização geográfica, possam receber o suporte necessário para seu desenvolvimento linguístico e social, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e justa.

Em suma, os atendimentos realizados na AB vêm apresentando evoluções significativa na comunicação e desenvolvimento humano, sendo alcançado 90% de êxito. Na atualidade, a grande questão é a oferta adequada dos serviços necessários a todas as pessoas com TEA e suas famílias, sendo dirigidos esforços à garantia desses direitos a essas crianças. Os atendimentos trazem avanços na qualidade de vida, comunicação funcional, bem como redução no tempo de espera dos atendimentos especializados que demandam viagens à capital do estado.

Referências

Brasil (2008). Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União [Internet], 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Brasil. (2023). Ministério da Saúde12. Histórico da eMulti. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti/historico#:~:text=A eMulti é instituída em e mudanças para atender as.

Chun, R.Y.S., & Vianna, N. G. (2022). Políticas públicas e fonoaudiologia: promoção da saúde, protagonismo da Atenção Básica e Saúde na Escola. In: Feitosa ALF, Depolli GT, Costa SA. Mapas conceituais e Fonoaudiologia: Saúde Coletiva. Ribeirão Preto, SP: Booktoy, p. 43-57.

Dias, M.S.D.A., Rodrigues, P.V.D., Moita, M.P, Silva, L.C.C.D., & Brito, M.D.C.C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. Cien Saude Colet. 2023; 28(8):2303-2312. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023

Fernandes, A. C., de Oliveira Valério, S., Rodrigues de Moraes, R., Gonzalez-Lopez, V. A., & Garcia Vianna, N. (2024). O acesso de usuários à fonoaudiologia em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas: User access to speech-language pathology care in a Primary Health Unit in Campinas. Saúde E Pesquisa, 17(2), e12222. https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n1.e12222

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/rio-preto-da-eva/panorama

Medeiros, A. C. V. de, & Lima, M. C. M. P. (2019). Caracterização da demanda fonoaudiológica em um Centro de Saúde no interior do estado de São Paulo. Saúde (Santa Maria), 45(3). https://doi.org/10.5902/2236583437978

Convite ao cuidado: sensibilização de mulheres para o preventivo por meio de cartas

Andreza Cezar Fonseca
Mariana Rodrigues da Silva
Gigellis Duque Vilaça
Raniele Alana Lima Alves

Introdução

O câncer de colo do útero (CCU) tem repercussões de caráter alarmantes na saúde feminina que o colocam como um problema de saúde pública mundial. Em um panorama internacional a Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para o índice de mortalidade três vezes mais alto na América Latina e Caribe quando comparados a América do Norte, o que pontua o fator de desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde e marcadores como gênero, renda e acesso aos serviços de saúde (INCA, 2023; OPAS, s.d).

No Brasil, o CCU é a terceiro tipo de câncer que mais mata mulheres e no estado do Amazonas é a principal causa de mortalidade de mulheres em idade fértil (INCA, 2023). Segundo o Ministério da Saúde avalia-se que até 2026 os números de casos no Amazonas cheguem a 1.800 casos.

O CCU embora possua altos indíces de mortalidade tem cura quando detectado de forma precoce, além de ser prevenível (Cerqueira *et al.,* 2022). Sousa *et al.* (2021) apontam que a linha de cuidado do CCU no Brasil inicia com a prevenção primária, através da imunização contra o papilomavírus humano (HPV) para meninas e meninos, e segue com a prevenção secundária que consiste no rastreio da doença pelo exame citopatológico do colo do útero, conhecido também como Papanicolau e exame preventivo. Todos esses serviços são ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas unidades

básicas de saúde (UBS) no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), que atua como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (Brasil, 2016).

As ações na APS são fundamentais no controle do CCU. A APS desenvolve ações para prevenção do câncer do colo do útero por meio de ações de educação em saúde, vacinação de grupos indicados e detecção precoce do câncer e de suas lesões precursoras por meio de seu rastreamento (INCA, 2016) além de importante atuação na mobilização de caráter comunitário (Cerqueira *et al.,* 2022). Vale ressaltar que é na APS que ocorrem as ações de promoção a saúde, pois está próxima a vida cotidiana das mulheres e as acompanha nos ciclos da vida. Além disso, a APS também concentra a maior parte das ações relacionadas à detecção precoce, que inclui o rastreamento e o diagnóstico precoce (Brasil, 2013).

No tocante ao rastreamento do CCU, as mulheres das regiões rurais, remotas e povos tradicionais possuem pior acesso a esse serviço (Cerqueira *et al.,* 2022). Partindo dessa problemática e dos dados obtidos na análise da vigilância epidemiológica, coletada no aplicativo E-SUS helper no município de Rio Preto da Eva, foi identificado que 277 mulheres não haviam realizado a coleta do preventivo nos últimos três anos. A partir disso, surgiu a necessidade de implementar estratégias que impulsionassem a adesão dessas mulheres à coleta do preventivo para o rastreamento do câncer do colo do útero nesse território.

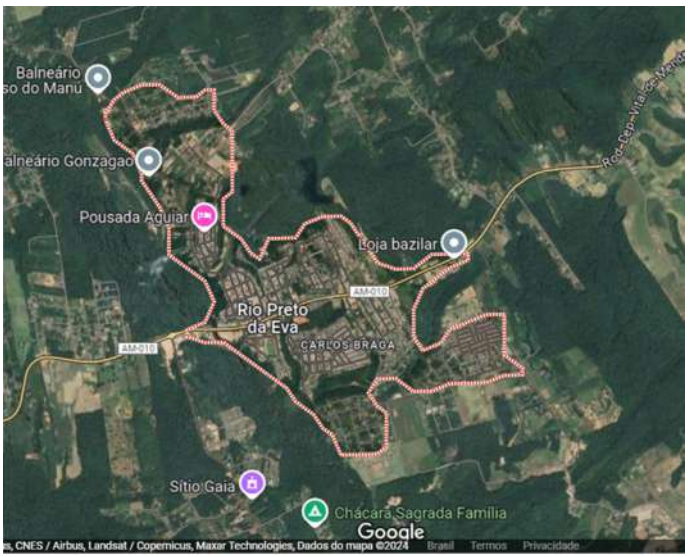
Desse modo, esse capítulo é um relato de experiência que descreve a implementação da estratégia de cartas-convites para a promoção da saúde das mulheres, com foco na prevenção, rastreamento e controle do câncer de colo do útero. Tal relato é escrito a partir do olhar da equipe da estratégia saúde da família (ESF) de uma unidade de saúde da família do município de Rio Preto da Eva, estado do Amazonas. A experiência foi destinada às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, moradoras dos bairros Monte Castelo I e II e Morada do Sol. A coleta das informações ocorreu no período de 10 de janeiro a 09 de abril de 2024.

Conhecendo o cenário da experiência

O cenário da experiência é o município de Rio Preto da Eva que fica localizado no km 79 da rodovia estadual AM-010, Amazonas. O município faz divisa com o município de Manaus a sudoeste, Itacoatiara a sudeste, Presidente Figueiredo a nordeste e Itapiranga a leste. Além disso, compõe a região metropolitana de Manaus, que agrupa oito municípios do estado do Amazonas, sendo eles: Manaus, Manacapuru, Novo Airão, Itacoatiara, Careiro da Várzea, Iranduba, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. O município compreende uma extensão territorial de 5.815,622 km², com uma população de 24.936 habitantes, e densidade demográfica de 4,29 habitantes/km2 (IBGE, 2022).

O município abriga uma população feminina de 12.078 mulheres, das quais 5.800 se encontram na faixa etária de 25 a 64 anos, público-alvo definido pelo Ministério da Saúde para a coleta anual do preventivo. Dentre essas, 847 residem nos bairros onde o projeto foi realizado e estão cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Ednaide Lopes da Costa.

Figura 1. Localização do município de Rio Preto da Eva.



Fonte: Google Maps, 2024.

A UBS Ednaide Lopes da Costa é uma das unidades que compõem a rede de saúde da atenção básica do município e foi o *lócus* da experiência. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) identifica que a UBS Ednaide Lopes da Costa tem vinculada 3 equipes de saúde, sendo 01 ESB- Equipe de Saúde Bucal - E. L SB EQUIPE 06 composta por 01 auxiliar em saúde bucal; 01 técnico em saúde bucal e 01cirurgião dentista; 01 Equipe de Saúde da Família - EQUIPE ESF E. LOPES RURAL 07, composta por 01 técnico de enfermagem; 01 microscopista; 04 agentes de combate a endemias; 07 agentes comunitários de saúde; 01 médico e 01 enfermeiro e 01 Equipe de Saúde da Família - Equipe ESF E. Lopes Urbana 06, composta por 08 agentes comunitários de saúde; 05 agentes de combate a endemias; 02 técnicos de enfermagem; 02 enfermeiros; 02 médicos e 01 profissional de educação física e têm como territórios adscritos os bairros Monte Castelo I e II e Morada do Sol.

Figura 2. Mapa do território adscrito pela UBS Ednaide Lopes.

Fonte: Semsa Rio Preto da Eva, 2025.

O processo de construção e elaboração das cartas-convites

A partir das reuniões promovidas mensalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Rio Preto da Eva, com a participação de enfermeiros, gerentes de unidades, gerentes de programas de saúde e a secretária de saúde, foram estabelecidas como objetivo o planejamento de ações para o cumprimento das metas do Previne Brasil. Uma das maiores dificuldades do município estava no Indicador 4: Proporção de Mulheres com coleta de citopatológico na APS, embora todas as equipes já tivessem elaborado várias estratégias, a quantidade de coletas sempre ficava abaixo das metas pactuadas. Além disso, havia no município um péssimo histórico na entrega dos resultados das coletas de citopatológico. Durante muitos anos, esses resultados demoravam até dois anos para serem entregues, o que comprometia a estratégia de rastreamento. Por conta disso, muitas mulheres do município deixaram de realizar essa coleta.

Começamos a pensar em ideias que pudessem motivar esse público de mulheres a realizar a coleta do preventivo. Em anos anteriores, já havíamos tentado outras estratégias, como a realização de sorteios. Embora essas ações tivessem inicialmente aumentado o número de coletas, esse efeito logo diminuía. Assim, surgiu a ideia de sensibilizar as mulheres, fazendo-as se sentirem valorizadas e importantes dentro desse cenário da saúde da mulher. Mas como conseguir tocar o coração delas? Foi então que surgiu a intenção de enviar uma carta nominal a cada mulher, a relação dos nomes das usuárias foi extraída do APP e-SUS Helper.

O e-SUS Helper é um *plug-in* criado para ajudar os municípios a melhorarem seus Indicadores do Previne Brasil, antecipando os dados. Ele deve ser instalado no servidor do e-SUS ou em outra máquina da mesma rede, após configuração. Após a instalação e configuração do banco de dados do e-SUS, o sistema monitora os indicadores e fornece relatórios e planilhas.

Figura 3. Texto da carta-convite elabora para as mulheres

SAÚDE DA MULHER: A IMPORTÂNCIA DA COLETA DE PREVENTIVO

Quando foi a última coleta de preventivo? Você se lembra? Tem mais de 25 anos, vida sexual ativa e nunca colheu? Atente-se

De acordo com o Ministério da Saúde, toda mulher que tem ou já teve vida sexual ativa deve submeter-se à coleta do exame preventivo periódico, especialmente as que tem entre 25 a 64 anos.

O EXAME DEVE SER FEITO SEMESTRAL OU ANUALMENTE CONFORME A NECESSIDADE.

Outro ponto que deve ser abordado, segundo o Instituto Oncoguia; mulheres mais velhas não percebem que o risco de desenvolver câncer de colo do útero ainda está presente à medida que envelhecem. Mais de 20% dos casos de câncer de colo do útero são diagnosticados em mulheres com mais de 65 anos. No entanto, esses cânceres raramente ocorrem em mulheres que realizam regularmente a coleta de preventivo antes dos 65 anos.

O QUE COLETA DO PREVENTIVO DETECTA?

O teste realiza o diagnóstico de doenças e lesões no colo do útero antes mesmo da mulher sentir sintomas – que aparecerão na fase adiantada da doença: sangramento e dor durante a relação sexual.

A coleta de preventivo feita periodicamente reduz a mortalidade por câncer do colo do útero.

COLETA DE PREVENTIVO: O QUE É PRECISO SABER ANTES DO EXAME?

Como grande parte dos procedimentos ginecológicos, a coleta de preventivo também requer preparo. Confira quais são:

- 48 horas antes do exame (dois dias antes): não utilizar duchas e medicamentos vaginais, não realizar exames vaginais e não deve ter relações sexuais (mesmo com preservativo).
- Período Menstrual: deve aguardar cinco dias após o término da menstruação. Em algumas situações particulares, como em um sangramento anormal, a coleta pode ser realizada.

Vale lembrar que todos esses preparos devem ser respeitados; caso contrário, o exame pode sofrer alterações. Mulheres grávidas podem submeter-se ao exame sem qualquer prejuízo para a saúde do bebê.

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCONHECIMENTO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

É claro que a coleta do preventivo tem um papel fundamental no diagnóstico de doenças – isso é inquestionável. Porém, o autoconhecimento também é importante! A mulher deve entender como funciona o próprio corpo, os sinais que ele dá, isso facilita não só o diagnóstico de doenças ginecológicas, mas de qualquer outro problema

Doença, seja qual for, diagnosticada com antecedência possui altas taxas de cura.

Observe-se e cuide-se

Fonte: arquivo da equipe de saúde, 2024.

Desse modo, a equipe elaborou uma carta-convite com um texto simples e objetivo, descrevendo a importância da coleta do preventivo e da prevenção do câncer de colo de útero. A carta foi impressa em papel A4, dobrada em forma de convite e identificada com o nome de cada mulher. Em cada carta, foi colocado um laço de fita de cetim, com o objetivo de transmitir todo o carinho e preocupação em trazê-las para realizar a coleta do preventivo. Cada detalhe foi pensado para tocar o coração dessas mulheres.

Outro desafio, era transmitir esse carinho e preocupação para o restante da equipe. O objetivo era que toda a equipe sentisse o afeto presente na carta, para que pudessem entender e transmitir às mulheres o mesmo sentimento. Os objetivos da estratégia de cartas-convite foram: aumentar a adesão das mulheres à coleta do preventivo; sensibilizar as usuárias por meio de um acolhimento humanizado e singular; conscientizar sobre o risco do câncer de colo do útero, utilizando uma linguagem acessível e próxima à realidade das usuárias; elevar o Indicador 04 do Previne Brasil – Proporção de Coleta de Preventivo; e ampliar o rastreamento do câncer de colo do útero.

Figura 4. Equipe de Saúde entregando as cartas-convite às usuárias.

Fonte: acervo da equipe, 2024.

Na reunião, as cartas-convite foram entregues aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfatizando a importância da maneira como a carta deveria ser entregue: somente para a usuária destinatária, com atenção e ressaltando a importância da coleta. Para as mulheres que não soubessem ler, o ACS deveria ler a carta, enaltecendo as palavras e transmitindo carinho e atenção, de modo que, por meio da leitura, a mulher se sentisse sensibilizada e acolhida, tocando-a no coração com as palavras.

Iniciamos a distribuição das cartas-convites no dia 10 de janeiro de 2024. Os ACS foram os responsáveis pela distribuição e entrega nos territórios dos bairros Monte Castelo I e II e Morado do Sol. Assim, logo no dia seguinte começamos a receber na UBS Ednaide Lopes, as primeiras mulheres com desejo de realizar a coleta, com relatos de recebimento das cartas-convite.

Figura 5. Usuária recebendo carta-convite na recepção da UBS.

Fonte: Acervo da equipe, 2024.

A potência das cartas-convite na coleta do preventivo

A partir da implantação desta estratégia, conseguimos realizar, no período de 10 de janeiro a 10 de abril de 2024, 189 coletas de preventivo, de um total de 277 nomes, alcançando 68,5% de coletas. No ano de 2023, nesse

mesmo período, foram realizadas 128 coletas. As análises foram realizadas em laboratórios locais, e os resultados foram entregues em um prazo de 10 dias.

Destas coletas, já foram entregues 39 resultados de exames citopatológico, sendo detectadas 4 alterações: 2 ASC-US e 2 ASC-H. ASC-US refere-se a Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, e ASC-H refere-se a Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado, não podendo excluir Lesão de Alto Grau. Os dados atuais das coletas de preventivos estão apresentados no quadro abaixo onde se pode fazer um comparativo do êxito do projeto.

Os dados foram obtidos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), um software gratuito do Ministério da Saúde que armazena informações de saúde de um indivíduo de forma eletrônica ao longo da vida. O PEC é parte da Estratégia e-SUS Atenção Básica e é utilizado para operacionalizar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A partir dos dados, percebe-se que o ano com menor número de coletas foi o ano de 2020, ano da Pandemia de Covid-19, seguido pelos anos de 2021 e 2022. Os anos com maior número de coletas foram em 2023 e 2024.

Tabela 1. Número de coletas de preventivo realizado anualmente.

Ano	Nº de coletas realizadas por ano
2019	124
2020	23
2021	86
2022	90
2023	385
2024	422

Fonte: PEC-eSUS UBS Ednaide Lopes, 2024.

Os achados citológicos foram caracterizados pela presença de alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial, mas mais significativas do que aquelas encontradas em processos inflamatórios. Essa

categoria de diagnósticos citopatológico foi criada pelo Sistema Bethesda em 1988 (Brasil, 2016). As usuárias com resultados alterados foram encaminhadas para consulta com clínico geral, para dar continuidade aos tratamentos necessários, sendo acompanhadas pela atenção básica ou encaminhadas para consultas com médicos especialistas.

Gráfico 1. Nº de coletas de exame citopatógico realizados na UBS Ednailde Lopes

Fonte: autoras, 2024.

A experiência relatada é um exemplo de como práticas de promoção da saúde que envolve as tecnologias em saúde classificadas como leves, aquelas que são descritas por Merhy & Feuewercker (2016) como o produto das relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário e se concretiza através da construção de vínculo, escuta, interesse e confiança são ferramentas fundamentais no cuidado em saúde na APS. A utilização da estratégia de cartas-convites assumiu uma ação que considerou as demandas singulares das usuárias de saúde e incentivou a equipe de saúde a refletir sobre sua própria atuação no cuidado, destacando a necessidade de ir além da mera execução de procedimentos.

O arranjo tecnológico proposto pela equipe a partir das cartas-convite surgiu como uma estratégia sensível para mobilizar mulheres em ações de saúde preventiva, especialmente no que se refere ao exame citopatológico do colo do

útero (Papanicolau). O potencial dessa ferramenta consistiu em estabelecer uma comunicação direta, respeitosa e acolhedora. A personalização do conteúdo, escrita de forma humanizada, fortaleceu o vínculo entre a equipe de saúde e as mulheres do território. Além disso, ao valorizar tecnologias leves como as cartas-convite, reafirma-se a importância de práticas que aliam criatividade e sensibilidade para envolver as pessoas no cuidado com a saúde. Essa experiência demonstra que ações simples, mas sérias, podem transformar a relação entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo uma atenção mais integral, acolhedora e eficaz.

Considerações finais

A partir da implementação da estratégia de cartas-convite e dos resultados obtidos concluímos que foi possível sensibilizar um número significativo de mulheres, fazendo com que se sentissem acolhidas pela carta. Nos dias seguintes após a distribuição das cartas, as mulheres buscavam atendimento na UBS Ednaide Lopes para a realização da coleta do preventivo. As mulheres que receberam as cartas entregues pelos ACS relataram que gostaram da iniciativa das cartas-convite. Além disso, nossa posição no indicador 04, que mede a proporção de mulheres que realizam a coleta do preventivo, foi de 59,2%, um aumento significativo em comparação aos anos anteriores em que não se atingiu 50%.

Percebemos que é possível ampliar o rastreamento do câncer do colo do útero, aumentando a probabilidade de detectar casos em fases iniciais, além de que, através de um acolhimento humanizado, conseguimos incentivar confiança nas mulheres, mobilizando afetos e corações, o que evidencia que o SUS que dá certo no interior do Amazonas baseia-se em tecnologias leves e nas relações de afeto, que são essenciais para oferecer um cuidado equânime. As cartas, mais do que ferramentas de sensibilização, tornam-se veículos de acolhimento e pertencimento, reforçando o papel da Atenção Primária à Saúde como espaço de proximidade e vínculo.

Em nossa região, uma das maiores dificuldades era o tempo de entrega dos resultados, que muitas vezes se estendia até um ano ou nem

eram entregues. Com os resultados apresentados, conseguimos demonstrar que as estratégias desenvolvidas pela APS foram eficazes. Essa prática não apenas resgatou a importância do preventivo, mas também reafirmou o compromisso do SUS em inovar na construção de estratégias que promovam saúde e inclusão. Assim, as cartas-convites se consolidam como uma ferramenta potente, reafirmando que o cuidado com a saúde pode — e deve — ser humano, acessível e transformador.

Referências

Brasil. (2023). Amazonas deve ter 1800 casos de câncer do colo de útero até 2026. Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/marco/amazonas-deve-ter-1800-casos-de-cancer-do-colo-de-utero-ate-2026. Acesso em: 22 ago. 2024.

Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível na internet: https://cnes.datasus.gov.br/. Acessado em: 04 de set. de 2024.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf. Acesso em 22 ago. 2024.

Cerqueira, R. S., Santos, H. L. P. C. dos, Prado, N. M. de B. L., Bittencourt, R. G., Biscarde, D. G. dos S., & Santos, A. M. dos. (2022). Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health], 46, 1. https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.107. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9395576/. Acesso em: 27 ago. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). Cidades. Disponível na internet: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/rio-preto-da-eva/panorama.

INCA. (2016). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-cancer-colo-do-utero1.pdf. Acesso em: 22 ago. 2024.

INCA. (2023). Instituto Nacional de Câncer. Dados e número sobre câncer de colo do útero – Relatório Anual 2023. Disponível em: https://antigo.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-do-colo-do-utero-relatorio-anual-2023. Acesso em 22 ago. 2024.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde:

uma necessidade contemporânea. In: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes/organização. Rio de Janeiro: Héxis.

OPAS. ([s.d.]). HPV e câncer do colo do útero. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em 22 ago. 2024.

Sousa, G. A. de, Viana, J. N., Souza, C. da S. M., & Moysés, R. P. C. (2021). Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no Amazonas: uma Análise da Prevenção ao Tratamento de Lesões Precursoras. Revista Brasileira de Cancerologia, 67(3). https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2021v67n3.1282. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1282. Acesso em 22 ago. 2024.

Radar Odonto: proporcionando acesso à assistência odontológica no município de São Paulo de Olivença, AM

Valentina Victoria Tourinho Ramos
Thiago dos Santos da Silva
Mayra Costa Rosa Farias de Lima
Antônio Amâncio Barbosa Neto

Apresentação

São Paulo de Olivença está localizado no interior do estado do Amazonas, região norte do Brasil, pertencente a mesorregião do sudoeste amazonense e microrregião do Alto Rio Solimões. Segundo dados (IBGE, 2022) a população urbana é de 14,267 habitantes e a população rural é de 17,159 habitantes, totalizando 32,967 habitantes, é banhado pelos rios, Solimões, Jandiatuba, Jacurapá e Camatiã (IDAM, 2011). O município faz limite com as cidades de Amaturá, Jutaí, Benjamim Constant, Tabatinga, e Santo Antônio do Içá.

A cidade é originária da Missão de São Paulo Apóstolo, fundada pelo Missionário da Companhia de Jesus, Samuel Fritz, quando estava a serviço do governo espanhol no início do ano de 1689. São Paulo de Olivença era uma grande aldeia indígena, denominada de "A Capital da Província dos kambebas, também eram conhecidos como Omáguas descritos por Fritz e por Alexandre Rodrigues Ferreira, em viagem filosófica. Os indígenas habitavam a nossa terra há bastante tempo, em função disso, todos os municípios dessa região são originários das aldeias indígenas que foram transformadas em missões pelos jesuítas e depois em municípios. Por meio do Decreto de 31 de março de 1938, foi elevado à categoria de cidade e finalmente, por intermédio da Lei nº 599, de 31 de maio de 1882, a Vila foi elevada à categoria de Município de São Paulo de Olivença (IBGE Cidades, 2023; Elias & Barberio, 2021).

Compartilhamos com você caro leitor a dança cultural e folclórica do município, o Cordão do Africano. Suas apresentações são realizadas nos festejos do mês de junho nas ruas da cidade e são caracterizadas por uma dança conduzida de acordo com os ritmos dos tambores, inicialmente em formato de cordão humano com movimentos simples. As canções são de própria autoria dos moradores e suas vestimentas têm como destaque o modo popular de produção costuradas pelos próprios brincantes e costureiras locais. Além disso, as máscaras utilizadas chamam atenção, pois carregam traços físicos dos negros que passaram pelo município, caracterizadas com tecido preto e lábios grossos e avermelhados. Agora você conhece um pedacinho do Brasil, um pouco do Amazonas, do povo indígena kambeba, e a querida cidade, São Paulo de Olivença.

A interface da experiência com o SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 como uma resposta às demandas sociais por uma saúde mais justa e acessível a todos os brasileiros. Antes de sua criação, o acesso aos serviços de saúde pública era restrito e desigual, com a maior parte da população dependendo de um sistema fragmentado e ineficiente. O SUS surgiu como uma proposta de universalizar o acesso à saúde, garantir a integralidade dos cuidados e promover a equidade na distribuição dos serviços, ele se baseia em princípios fundamentais como a descentralização das ações e serviços, a participação da comunidade na gestão e o financiamento compartilhado entre as esferas federal, estadual e municipal. Desde sua implementação, o SUS tem sido um marco na democratização da saúde no Brasil, enfrentando desafios constantes, mas também obtendo conquistas significativas na melhoria dos indicadores de saúde e na ampliação da cobertura assistencial (Ocké-Reis, 2012).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde marcou um momento histórico para a saúde pública no Brasil, sendo fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta conferência, que contou com ampla

participação de diversos setores da sociedade, incluindo movimentos sociais, profissionais de saúde, acadêmicos e gestores, consolidou a ideia de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Foi nesta conferência que se discutiu, pela primeira vez de forma abrangente, a necessidade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo, propondo a reorganização dos serviços de saúde no país. As diretrizes estabelecidas na conferência influenciaram diretamente a formulação dos artigos sobre saúde na Constituição de 1988, sendo consideradas um marco na luta pela democratização da saúde no Brasil. A VIII Conferência Nacional de Saúde não só ampliou o debate sobre o acesso à saúde, mas também fortaleceu o movimento da Reforma Sanitária, que pavimentou o caminho para o SUS como conhecemos hoje (Brasil, 1986).

Ao falarmos de saúde, é essencial mencionar Dom Adalberto Marzi, uma figura histórica que deixou um legado significativo em nosso município. Em 31 de maio de 1968, ele lançou a pedra fundamental do antigo Hospital Santa Izabel, que viria a se tornar um marco na assistência à saúde local. Esse hospital, que atualmente abriga a Secretaria Municipal de Saúde, foi inaugurado três anos depois, em 1971, e inicialmente oferecia serviços de ambulatório. Após alguns anos passou por uma estruturação dos cuidados de saúde na região, proporcionando à população um acesso mais amplo e qualificado aos serviços de saúde, refletindo o compromisso com o bem-estar da população, influenciando positivamente gerações e contribuindo para o fortalecimento da rede de saúde local (Arantes, 2017).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) reformulando o sistema de saúde brasileiro, com a inclusão de equipes multidisciplinares. Em seguida introduziu a equipe de saúde bucal, através da portaria n°1.444 no ano de 2000 e em 2002 foi inserida a assistência domiciliar no SUS (Brasil, 2004).

Os serviços de saúde bucal passaram por importantes transformações para se alinharem aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo um papel fundamental no enfrentamento dos desafios da área. Essas mudanças

buscam ampliar o acesso aos cuidados odontológicos e assegurar que esses serviços sejam oferecidos de forma equitativa, integral e contínua, conforme as diretrizes do SUS. A 1ª Conferência e Levantamento Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, deu início a esse processo; em 2000, surgiram as equipes de saúde bucal (eSB), integradas à Estratégia Saúde da Família em 2001. Em 2004, foram publicadas as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Em 2009, foram lançadas as Unidades Odontológicas Móveis (UOM); em 2012, os CEOs passaram a integrar a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e em 2019, foi criado o indicador de pré-natal odontológico pelo programa Previne Brasil. Para ampliar o acesso aos serviços odontológicos no país, foi instituído o Brasil Sorridente – Política Nacional de Saúde Bucal, que visa superar as barreiras de acesso à saúde bucal com ações de promoção e reabilitação, prevenindo diagnósticos tardios e proporcionando cuidado adequado e oportuno à população (Brasil, 2023; Brasil, 2024).

A reestruturação dos serviços tem como objetivo não apenas tratar doenças, mas também promover a saúde bucal como um componente fundamental do bem-estar geral dos indivíduos. A saúde bucal está intrinsecamente ligada à saúde como um todo, desempenhando um papel crucial em funções básicas como mastigação, deglutição e fonação. Essas funções são essenciais para a nutrição adequada, a comunicação eficaz e a autoestima, aspectos que impactam diretamente o convívio social e a qualidade de vida. Uma boa condição oral vai além da ausência de cáries ou doenças gengivais; ela reflete uma situação de equilíbrio que permite ao indivíduo viver plenamente suas atividades cotidianas, sem limitações ou desconfortos (Brasil, 2008).

A manutenção da saúde bucal é fundamental na prevenção de doenças sistêmicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, que podem ser agravadas por infecções bucais não tratadas. Portanto, a promoção de hábitos saudáveis, a educação em saúde bucal e a oferta de tratamentos preventivos e curativos

são essenciais para a construção de uma sociedade mais saudável. Essas ações são particularmente importantes em contextos de vulnerabilidade social, onde o acesso aos serviços de saúde pode ser limitado, e a conscientização sobre a importância da saúde bucal ainda é incipiente (Carneiro *et al.*, 2024).

"Radar Odonto Em Ação": relato da experiência

Diante dessas necessidades, identificamos a importância de soluções que fossem não apenas eficazes, mas também adaptadas às realidades socioeconômicas do município. As propostas, desenvolvidas com base em um estudo detalhado das particularidades locais, foram então apresentadas aos coordenadores da atenção primária e à Secretaria de Saúde, liderada por Juliana da Silva Lucas, que representava a administração municipal, no período de 2022 a 2024, que não só autorizou a implementação das iniciativas, como também colaborou ativamente em sua execução. A Secretaria desempenhou um papel fundamental, disponibilizando materiais, transporte e outros recursos essenciais, criando as condições necessárias para que nossas ações fossem colocadas em prática de forma eficiente e sustentável.

Esse esforço conjunto desencadeou uma série de novas parcerias com outras secretarias municipais, incluindo as de Educação, Esporte, e o CRAS. A integração de nossas ações em eventos municipais permitiu uma ampliação significativa do impacto das iniciativas, fortalecendo a rede de apoio à saúde e promovendo uma abordagem mais holística ao cuidado da população.

Através dessas colaborações, conseguimos criar um ambiente mais favorável para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, educação preventiva, e apoio social, alinhadas com os objetivos principais da parceria. Essa articulação intersetorial tem sido essencial para maximizar os recursos disponíveis e garantir que as soluções implementadas gerem benefícios duradouros para a comunidade.

A partir deste contexto, pensamos em uma estratégia que possibilitasse a identificação e localização dos usuários sem acesso ao tratamento odontológico.

Desta forma, com produto restou a criação do" RADAR ODONTO: PROPOCIONANDO ACESSO À ASSISTÊNCIA ODONTOLOGICA" como ferramenta de acesso aos serviços de saúde odontológicos. A princípio foi elaborado e implementado o projeto piloto com intuito de estruturar e qualificar tal estratégia, a partir disto, avaliar sua expansão dentro do território. De fato, sua principal característica foi a busca ativa, realizada em parceria com os agentes comunitários.

Além disso, a estratégia buscou oferecer uma contribuição ao incremento da promoção, prevenção e cuidado em saúde bucal. Destacamos as ações de mobilização, motivação, educação em saúde, diagnóstico e tratamento de doenças bucais em indivíduos incapacitados de se locomover até as unidades básicas por razões como envelhecimento, portadores de limitações físicas, psíquicas, motoras, sociais e sequelas de enfermidades. Esta oportunidade proporcionou também a investigação das dificuldades enfrentadas na acessibilidade aos serviços de saúde obtendo subsídios para o planejamento e estruturação melhorando os serviços para que atenda esse público de forma adequada.

A gestão do sistema de saúde local está dívida entre zona urbana e zona rural. A sua zona urbana conta com um hospital e cinco UBS, enquanto a zona rural conta com uma UBS física e uma UBS fluvial neste contexto, a equipe odontológica conta com seis cirurgiões dentista e sete técnicos de saúde bucal, sendo dois dentistas e dois técnicos lotados na zona rural. O referido projeto se desenvolveu em visitas domiciliares, assistidas pela atenção primaria a saúde e ações educativas desde fevereiro de 2022, que são programadas e planejadas com os profissionais e familiares.

As orientações desenvolvidas nos territórios são as seguintes: dietéticas, palestras, atividades lúdicas, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, anamnese, odontograma, exames intra/extraoral, restaurações e exodontias. A abordagem odontológica deve ser embasada em uma anamnese detalhada, com todos os dados do indivíduo para auxiliar no planejamento,

diagnóstico e prognóstico do tratamento (Borsatto *et al.*, 2014). Devido a alta demanda das pessoas, criamos um cronograma semanal, pois os profissionais precisam realizar as ações e atender a demanda na sua UBS de referência.

Tabela 1. Cronograma semanal.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Idosos	Visitas	Crianças	Comunidades ribeirinhas	Visitas
Hipertensos		Adolescentes		
Diabéticos				
Demanda espontânea	Gestantes	Demanda espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea

Fonte: Própria autoria, 2024.

Os usuários estão suscetíveis a ter uma saúde bucal insatisfatória, variando de acordo com o comprometimento neuropsicomotor, aspectos socioeconômicos, a conduta dos cuidadores ou responsáveis, e profissionais aptos para realização do atendimento. É de suma Importância que os responsáveis por esses indivíduos sejam orientados desde princípio acerca dos cuidados com a higiene pessoal, ensinando a eles manobras que possam ser aplicadas no dia a dia.

Habitualmente observamos na cavidade oral desses usuários cárie dentária, doença periodontal, dentes fraturados, maloclusão, alterações de esmalte e na dentina, macroglossia, bruxismo, xerostomia, hiperplasia gengival, agenesia, dentes supranumerários, retenção prolongada de dentes decíduos, lesões na mucosa e língua. Essas alterações podem estar relacionadas com os hábitos alimentares, culturais, sociais e negligência a saúde.

Vale ressaltar que é fundamental o conhecimento tanto das técnicas odontológicas como as de manejo comportamental, abordagem psicológica,

adaptação do profissional a realidade socioeconômica de cada pessoa como, por exemplo, a utilização de faixas estabilizadoras e colchões a vácuo, na ausência dos equipamentos os atendimentos são realizados no chão, redes e cadeira de balaço.

Figura 1. Realização de exodontia. Visita domiciliar, na área urbana.

Fonte: Thiago Santos, 2023.

Em uma de nossas ações, realizamos visitas às Comunidades Indígenas de Bom Sucesso, Monte Santo e São Francisco. Embora exista uma estrada de barro que conecta essas comunidades, durante os dias chuvosos, o acesso por essa via se torna impossível devido às condições precárias. Nessas ocasiões, precisamos recorrer ao transporte por canoa, uma jornada que, apesar das dificuldades, levou cerca de trinta minutos e nos permitiu alcançar as comunidades de maneira segura e eficiente.

Durante nossas visitas, realizamos uma série de atividades essenciais em cada comunidade, incluindo avaliação bucal completa, aplicação de flúor para prevenção de cáries, procedimentos de exodontia quando necessário, e encaminhamentos para prótese dentária. Além disso, oferecemos orientações

detalhadas sobre higiene oral, buscando promover hábitos saudáveis entre os membros da comunidade.

Figura 2. Realização de exodontia. Comunidade indígena São Francisco.

Fonte: Valentina Tourinho, 2022.

Para reforçar essas práticas, distribuímos kits de higiene bucal, contendo escovas de dente, creme dental, fio dental, e cadernos educativos sobre cuidados orais. Essas ações não apenas atenderam às necessidades imediatas de saúde bucal, mas também contribuíram para a educação e empoderamento da população em relação aos cuidados preventivos, promovendo uma melhoria sustentável na saúde oral das comunidades atendidas.

Em 2024, realizamos o acompanhamento de mais de 120 pessoas acamados e portadores de deficiência no município. As visitas contribuíram para a aproximação entre usuários e profissionais, a boa relação torna-se uma ferramenta útil na humanização do cuidado, bem como na adequação de linguagens técnicas para melhor compreensão durantes as orientações e promoção de saúde. Esse foi o ponta pé inicial para expansão do Radar Odonto.

Figura 3. Avaliação Bucal. Comunidade Indígena Monte Santo.

Fonte: Valentina Tourinho, 2024.

Diante dessa experiencia exitosa, o esperado aconteceu, tivemos que expandir o projeto. O município vinha enfrentando dificuldade para alcançar os indicadores no Previne Brasil pré-natal odontológico, situação que gerava preocupação tanta para as condições de saúde da gestante, como para o bebê, na esperança de evitarmos complicações com por exemplo pré-eclâmpsia e nascimento prematuro, colocamos em ação o Radar Odonto.

Identificamos, também, as gestantes e conseguimos realizar tanto a consulta inicial quanto o acompanhamento mensal de cada uma. Para garantir um monitoramento eficaz, elaboramos prontuários físicos individuais, que incluíam o número de contato, endereço, número da família e o nome do agente comunitário de saúde responsável pela área. Esse sistema permitiu um controle rigoroso das consultas, e, em casos de ausência, entrávamos em contato com a gestante via WhatsApp ou solicitávamos que o ACS entregasse uma notificação em sua residência. Como resultado dessa estratégia, conseguimos atingir a meta estipulada, alcançando 50% no indicador.

Em parceria com o centro de referência em assistência social (CRAS) implementamos na semana do bebê, evento anual que presta assistência multiprofissional as usuárias, palestras e orientações de higiene oral e a importância do acompanhamento odontológico. Como tudo que apresenta resultado faz sucesso, o Radar Odonto continuou expandindo, desde janeiro de 2024 atuamos em centro de reabilitação química, centro de idosos, comunidades ribeirinhas, nas escolas e em eventos municipais.

Ao colocamos em pratica o projeto observamos que a motivação e a educação em saúde bucal são poderosas quando empregadas de maneira agradável e atrativa para transmissão de informação, indo de encontro aos usuários, conhecendo o território, as condições socioeconômicas de cada indivíduo, os problemas e com isso mudar a maneira de conduzir os fatos, ofertando além de tratamento, ações preventivo-promocionais.

Considerações Finais

Compartilhar essa vivência, com seus aprendizados, memórias, sentimentos e resultados, é uma experiência de grande valor, tanto para nossas trajetórias profissionais quanto para a vida de cada cidadão que teve acesso a uma saúde de qualidade e humanizada. A realidade de outras pessoas nos transforma, muda nossa percepção e dá novos significados às nossas ações, tornando cada desafio uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Os sorrisos, os abraços de gratidão e as palavras de reconhecimento que recebemos em retorno são recompensas inestimáveis. Esses momentos nos lembram do compromisso que assumimos ao fazer o juramento de nossa profissão. A sensação de dever cumprido nos confirma que estamos colocando em prática os valores fundamentais que abraçamos ao nos formar, e nos enche de alegria e propósito.

No entanto, as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde nas regiões de difícil acesso, como o Alto Rio Solimões, são diárias e complexas. A falta de capacitação, a escassez de instrumentais cirúrgicos e materiais de

consumo, e as barreiras geográficas, como a necessidade de transporte para áreas remotas, são desafios constantes. Além disso, em um contexto com um número expressivo de população indígenas aldeados, os tabus relacionados à saúde e a falta de informação agravam essas dificuldades.

A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) fortalece o acesso a serviços odontológicos especializados, especialmente para a pessoa com necessidades especiais. Embora a atenção primária seja o primeiro ponto de contato, garantindo proximidade e cuidado integral, o encaminhamento ao CEO se torna necessário para tratamentos mais complexos. No entanto, é preocupante que os interiores do Alto Rio Solimões não sejam contemplados com esses centros, deixando os dentistas clínicos gerais sobrecarregados com a responsabilidade de atender casos que deveriam ser tratados por especialistas.

Diante dessa realidade, é essencial que os três níveis de gestão do SUS invistam continuamente em Educação Permanente em Saúde e na valorização dos profissionais de saúde. A inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar deve ser uma prioridade, assegurando que essa população receba um atendimento equitativo e humanizado. Somente assim será possível oferecer uma assistência realmente inclusiva e eficaz, que respeite a dignidade e os direitos de todos os cidadãos. Fazer o SUS presente em todos os cantos do Brasil – do longe ao muito longe, no remoto e no profundo – é reafirmar o compromisso com a saúde pública para todos. Viva, aqui tem SUS!

Referências

Arantes, R. (2017). Cidade de São Paulo de Olivença. Comunidade Coração Fiel. https://coracaofiel.com.br/conhecendo-cidade-de-sao-paulo-de-olivenca/

Borsatto, M. C., Ciamponi, A. L., Ferreira, M. C. D., Torrealba, M. G. A., Ramos, G. T., Moura, A. M., Medici, S., Krämer, S., & Scagnet, G. (2014). Atendimento Odontológico em pacientes com necessidades especiais. 4(2). https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-6/

Brasil. (1986, março 17). 8a Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 8a Conferência Nacional de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_

saude_relatorio_final.pdf

Brasil. (2004). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

Brasil. (2023). Brasil Sorridente: Linha do tempo. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/imagens/2022/linha_tempo_brasil_sorridente.png

Brasil. (2024). Brasil Sorridente. Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/brasil-sorridente

Brasil, M. da S. (2008). Manual de Especialidades em Saúde Bucal (1.a edição). https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/manual_de_especialidades_em_saude_bucal.pdf

Carneiro, M. C., Menezes, M. L. R., Baltazar De Almeida Bolanho, J., Augusto, L. T., Branco, Z. R. C., Medeiros, F. B., & Santos, P. S. D. S. (2024). Condições Bucais Como Indicadores De Eventos Cardiovasculares: Perspectivas Atuais De Uma Revisão Integrativa. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, 34(1), 83–91. https://doi.org/10.29381/0103-8559/2024340183-91

Elias, L. P., & Barberio, L. D. G. (2021). Viagem filosófica do naturalista Alexandre Rodrigues Ferreira pela Capitania do Rio Negro: Fisiografia e descrições territoriais no Brasil setecentista. Boletim Campineiro de Geografia, 11(2), 317–330. https://doi.org/10.54446/bcg.v11i2.539

IBGE. (2022). Sistema IBGE Cidades. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/panorama

IBGE Cidades. (2023). IBGE | Cidades@ | Amazonas | São Paulo de Olivença | História & Fotos. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/sao-paulo-de-olivenca/historico

IDAM. (2011). São Paulo de Olivença. https://www.idam.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/S%C3%A3o-Paulo-de-Oliven%C3%A7a-2011.pdf

Ocké-Reis, C. O. (2012). SUS: O desafio de ser único. Editora Fiocruz.

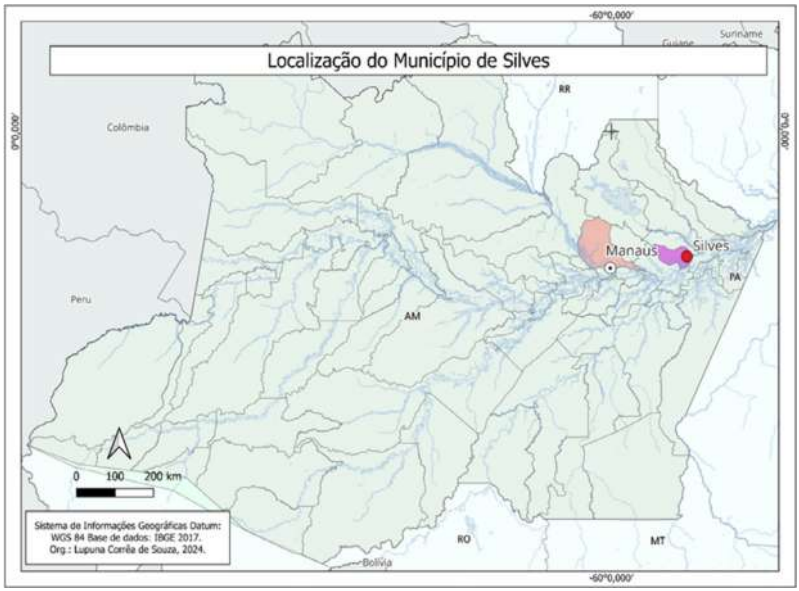
Equipe multiprofissional eMulti: promovendo qualidade de vida para crianças com necessidades especiais de saúde e suas famílias no município de Silves - AM

Willian Lira Grana
Rayana Lima Martins
Elanne Martins Viana
Elivane Silva Pacheco
Lupuna Corrêa de Souza

Introdução

Em 2021, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Guiomar de Oliveira Lira, localizada no município de Silves-AM (Figura 1), que está situado na Região Metropolitana de Manaus. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, sua população é de 9.230 habitantes. O município abrange uma área de 3.748,818 km², resultando em uma densidade populacional de aproximadamente 2,5 habitantes por km².

Figura 1. Mapa de localização do Município de Silves.



Fonte: organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

Neste município que havia uma pessoa, R.L.A., de oito anos, diagnosticado com transtorno do espectro autista (TEA). Todas as quintas-feiras, ele comparecia ao atendimento contínuo realizado pela equipe do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A equipe multiprofissional e interdisciplinar era formada por quatro profissionais: um assistente social, um fisioterapeuta, uma farmacêutica e uma psicóloga. Essa equipe atuava de forma complementar e integrada, oferecendo suporte clínico aos profissionais da Atenção Básica.

Nesse período, o NASF-AB estava diretamente integrado às equipes de saúde da família das UBS Guiomar de Oliveira Lira e Zolima Garcia, ambas situadas na sede do município. Entretanto, os atendimentos ambulatoriais eram realizados apenas na UBS Guiomar de Oliveira Lira, onde alguns profissionais enfrentavam dificuldades de infraestrutura para atender crianças com necessidades especiais, devido ao espaço limitado e à falta de equipamentos adequados.

Apesar desses desafios, a equipe se esforçava para garantir assistência de qualidade ao usuário. Durante o atendimento, adotava-se um acolhimento

humanizado, considerando as dificuldades da criança em lidar com alterações na rotina, a aversão a ficar longe do responsável e a resistência em manter contato visual. A equipe empregava estratégias para desenvolver a concentração do usuário e reduzir sua agitação, proporcionando momentos de tranquilidade. Um episódio comum era quando a criança, em um instante de distração, corria pelo corredor da unidade, sendo sempre acolhida com carinho ao retornar à sala de atendimento.

O pai da criança, ciente das dificuldades e dos estereótipos enfrentados, nunca deixou de levá-la ao atendimento, acreditando na importância do tratamento e na relevância da estimulação precoce para o desenvolvimento psicossocial de seu filho. Muitas famílias em situações semelhantes hesitam em buscar atendimento para evitar preconceitos ou pela crença de que a exposição poderia agravar a saúde da criança. A falta de conhecimento sobre crianças com necessidades especiais reforça estereótipos e preconceitos na sociedade, que identifica a visão equivocada de que crianças autistas são perigosas e devem ser isoladas.

Diante desse cenário, a equipe multidisciplinar necessitava constantemente tomar decisões para promover um ambiente acolhedor e uma discussão construtiva com o usuário e a família, buscando um atendimento integral. A intervenção terapêutica, conforme Andrade *et al.* (2024), está associada ao diagnóstico precoce e deve ser estruturada de acordo com as etapas de vida do usuário. Todas as crianças com necessidades especiais devem receber incentivo para reabilitação, com intervenções iniciadas o mais cedo possível e envolvimento da família.

A rotina das famílias de crianças com necessidades especiais é marcada por desafios, como hospitalizações frequentes, isolamento social por medo de preconceito, dificuldade de locomoção e a falta de apoio familiar. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, o Brasil contava com aproximadamente 760 mil crianças de dois a nove anos com algum tipo de deficiência, representando 4,1% do total de pessoas com deficiência no país (IBGE, 2022). Em relação à acessibilidade ao atendimento primário, essas crianças precisam de atenção contínua e intervenções específicas,

fundamentais para o desenvolvimento psicomotor e por serem consideradas clinicamente frágeis e socialmente vulneráveis.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel relevante na identificação precoce e no tratamento de possíveis problemas de desenvolvimento, como atrasos nas habilidades motoras, de linguagem, cognitivas ou sociais. A APS no município de Silves, em conjunto com a equipe multidisciplinar e o Sistema Único de Saúde (SUS), prioriza a equidade no atendimento e assegura os direitos essenciais em saúde para essas crianças, garantindo-lhes uma atenção integral e uma rede de cuidados especializada.

O trabalho da eMulti: por uma saúde integral para as crianças com necessidades especiais e seus cuidadores

O usuário em questão foi importante na tomada de decisões da equipe do NASF-AB. Após reuniões e discussões entre as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) e do NASF-AB, foram expostas todas as necessidades e dificuldades da família e do usuário em destaque, assim como de outros usuários atendidos semanalmente pela equipe, incluindo crianças com microcefalia, síndrome de Down e paralisia cerebral. Esse cenário nos revelou a necessidade de uma intervenção integrada entre os profissionais do NASF-AB.

A decisão tomada visou fortalecer os serviços de assistência à saúde para crianças com necessidades especiais, de modo a garantir condições igualitárias e promover a equidade em saúde. Assim, ficou estabelecido que todos os usuários seriam atendidos não apenas por um profissional em dias específicos, mas por toda a equipe do NASF-AB. Diante disso, os atendimentos passaram a ocorrer semanalmente, com uma consulta na UBS e outra domiciliar. Definimos que, às quintas-feiras, seriam realizados atendimentos ambulatoriais, enquanto, às terças-feiras, seriam realizados atendimentos domiciliares, inicialmente direcionados às crianças cujas famílias ainda não concordaram com o atendimento ambulatorial.

Para encorajar a participação das mães nos atendimentos, intensificamos a oferta de transporte, disponibilizando um serviço de busca e retorno para aos usuários e seus responsáveis. Além disso, oferecemos atendimento simultâneo às mães, considerando que essas mulheres enfrentam uma rotina exaustiva, marcada pelo preconceito, pressões constantes, uma rotina imprevisível e sentimentos de inadequação.

A equipe buscou ser um ponto de apoio, valorizando o papel da mãe como referência essencial no cuidado, reconhecendo que ela é quem melhor conhece seu filho. Por isso, é importante que as mães recebam uma atenção especial e se sintam valorizadas, compreendendo-se como mulheres de grande força. Diariamente, essas mães se adaptam às diferentes fases de desenvolvimento de seus filhos e enfrentam grandes desafios para garantir uma boa qualidade de vida para eles.

Com essa perspectiva, a equipe elaborou uma estratégia em que sempre seriam acolhidos pela psicóloga e pelo fisioterapeuta, quando a mãe ou responsável levasse a criança ao atendimento. Essa abordagem trouxe resultados satisfatórios, aumentando a adesão aos atendimentos e proporcionando satisfação às mães, que saem das consultas demonstrando alívio e relatando bem-estar.

Quando os atendimentos a crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) estavam se consolidando, houve um aumento na demanda por atendimentos ambulatoriais em relação aos domiciliares, refletindo uma aceitação crescente por parte dos responsáveis. No entanto, com a chegada da segunda onda de Covid-19 (SARS-CoV-2), em 2021, foi necessário modificar os planos e estratégias, gerando mudanças drásticas em diversos setores, especialmente na saúde.

Essa situação exigiu a busca urgente por soluções que possibilitassem atendimentos à distância. Assim, os atendimentos, que até então eram presenciais, passaram a ser realizados remotamente. Esse ajuste foi essencial, pois as CRIANES representam um grupo de risco elevado, com maior

propensão ao desenvolvimento de disfunções físicas, comportamentais ou emocionais. As restrições impostas pela pandemia agravaram as dificuldades enfrentadas por essas crianças, que possuem sistema imunológico mais vulnerável e, portanto, maior suscetibilidade a infecções.

Diante dessa circunstância, o cuidado com crianças com necessidades especiais de saúde revelou-se um grande desafio para as equipes da APS e do NASF-AB, representando também uma pressão adicional para os cuidadores durante a pandemia. Foi necessário que os profissionais desenvolvessem estratégias para minimizar as consequências das restrições impostas aos atendimentos de saúde dessas crianças. Para as crianças com demandas específicas de saúde, essas mudanças tendem a ocorrer de forma ainda mais intensa e frequente, considerando o contexto de desigualdade e vulnerabilidade a que estão sistematicamente expostas.

Em 2022, iniciaram-se de forma efetiva os atendimentos a crianças com necessidades especiais de saúde no município de Silves, com a integração das CRIANES na rede de saúde local. Esse processo foi estruturado com base em um diagnóstico situacional, considerando as dificuldades específicas de cada criança. O objetivo era fortalecer e compartilhar o cuidado integral por meio de uma assistência multiprofissional, em uma iniciativa liderada pela equipe do NASF, proporcionando uma experiência promissora.

A iniciativa se fundamentou na oferta de um serviço multiprofissional especializado, que promovesse o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado, humanizado e adaptado a cada criança com necessidade especial de saúde. O foco era favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo e social de cada uma dessas crianças.

A integração da equipe com a APS foi essencial, pois é responsável pelos primeiros cuidados com essas crianças, funcionando como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Esse modelo garante que todos os aspectos da saúde das crianças sejam abordados de maneira multiprofissional. Devido à complexidade e variabilidade dos aspectos comportamentais desses

usuários, o prognóstico exige uma abordagem multidisciplinar, que vá além do acompanhamento médico e envolva toda a equipe multiprofissional.

A importância da equipe multiprofissional no acompanhamento de crianças com necessidades especiais de saúde se deve à capacidade de promover, em conjunto, a extensão dos cuidados em saúde, melhorando o desenvolvimento, a interação e a qualidade de vida das crianças. Nesse contexto, propõe-se uma nova etapa de trabalho, pautada na articulação e divisão de saberes entre os profissionais. Cada profissional é fundamental no desenvolvimento das crianças, realizando atividades em conjunto e compartilhando conhecimentos.

A fisioterapia, por exemplo, desempenha relevante participação no tratamento de usuários com necessidades especiais de saúde. Seu principal objetivo é promover uma melhor qualidade de vida por meio da promoção de saúde, utilizando técnicas e recursos específicos. De acordo com as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o fisioterapeuta atua na prestação de serviços de tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, com ações voltadas ao indivíduo, grupos e comunidade.

O Fisioterapeuta deve atuar na Equipe Multiprofissional, através de uma abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência. A atuação deve ocorrer, preferencialmente, no âmbito coletivo, com o envolvimento e a participação da população. O tratamento fisioterapêutico busca inibir a atividade reflexa anormal para normalizar o tônus muscular, e com isso gerar maior ganho de força, melhorar a flexibilidade e a amplitude de movimento, reduzindo dificuldades, contraturas e deformidades (Gonçalves, Almeida & Pereira, 2023). O foco da intervenção fisioterapêutica é fazer com que a criança desenvolva o sistema motor o mais próximo do normal possível, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2. Atendimento do profissional de Fisioterapia.

Fonte: Autores, 2023.

Segundo Bonomo *et al.* (2007), a inibição de atividades reflexas anormais facilita a normalização do tônus muscular e promove o movimento corporal, resultando em melhorias na flexibilidade, nos padrões e na amplitude de movimento, na força e nas capacidades motoras.

O papel do fonoaudiólogo, profissional que possui o papel de intervenção direta no que se relaciona com as habilidades de comunicação e de socialização, com o objetivo de proporcionar para as crianças autistas uma maior autonomia e o uso da linguagem funcionalmente em prol da interação com o meio no qual se encontra inserida (Isaías, 2019). Com base na apresentação clínica das crianças, a fonoaudiologia passa a intervir em aspectos relacionados com o desenvolvimento da linguagem, possibilitando, assim a promoção dos aspectos comunicativos de forma ampla e pautada na eficiência, contribuindo diretamente na habilitação e, consequentemente na redução dos déficits que a criança autista tende a apresentar na sua integração na sociedade. Sendo assim é de suma importância que o fonoaudiólogo sempre possua um olhar, tanto, individualizado, como um olhar clínico direcionado as principais necessidades dos indivíduos (Bagarollo & Panhoca, 2011; Saad & Goldfeld, 2009).

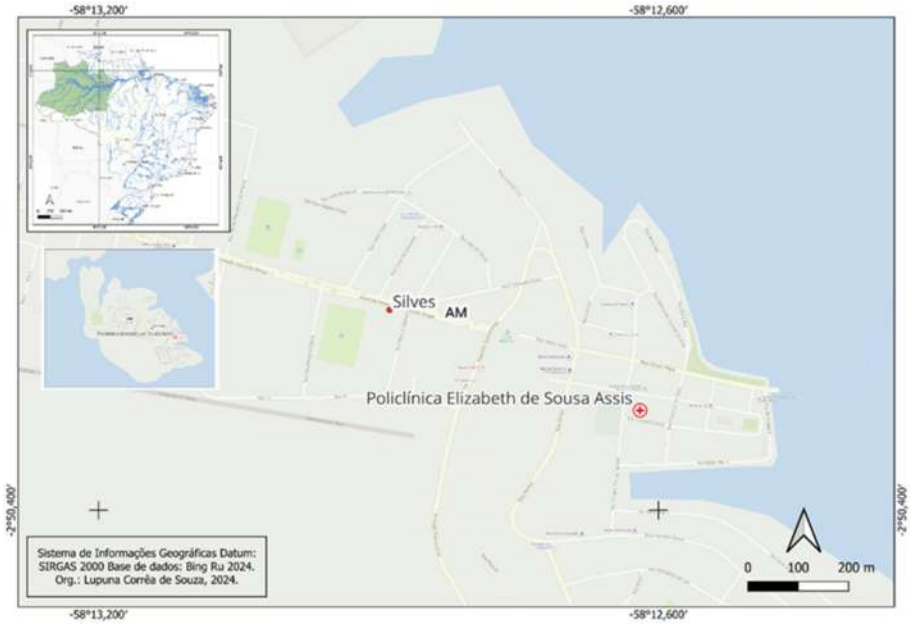
A intervenção psicológica de forma precoce, em uma família que recebe um filho com deficiência, diminui consideravelmente as dificuldades na aceitação e ajuda a ter uma presença mais realista e otimista de suas possibilidades no processo de desenvolvimento. O trabalho do psicólogo neste caso, não é promover a cura, não obstante, a estimulação do desenvolvimento, dando ênfase na autonomia e propor a qualidade de vida tendo em vista, o usuário e os familiares (Ribeiro & Silva, 2017, p. 17) O profissional da área da Psicologia possui um papel fundamental no desenvolvimento da sociabilidade, do bem-estar, bem como da afetividade e propiciar a qualidade de vida da criança com deficiência.

Policlínica Elizabeth de Sousa Assis: possibilidade de Atendimento Integral a usuários com CRIANES

A fim de atender à crescente demanda e à necessidade de um espaço adequado, a administração do município decidiu construir a Policlínica Elizabeth de Sousa Assis, inaugurada em dezembro de 2022. Com essa inauguração, não apenas o espaço físico foi ampliado, mas também a visão sobre saúde integrada. A policlínica buscou substituir a atuação isolada de cada profissional por um modelo colaborativo e multiprofissional, que permite maior capacidade de análise e intervenção. A estrutura das salas e a qualidade dos equipamentos contribuem para a prestação de um atendimento de excelência voltado para crianças com necessidades especiais em saúde e seus familiares.

Localizada na área central do município, conforme Figura 3. A Policlínica conta com uma recepção ampla, onde trabalham uma recepcionista e um técnico em enfermagem, responsáveis pela triagem. Há salas específicas para atendimento conforme a área de atuação do profissional, incluindo Serviço Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia, além de uma sala de Telemedicina, uma de Ultrassonografia, sala de reuniões, sala do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e banheiros.

Figura 3. Mapa de Localização - Policlínica Elizabeth de Sousa Assis.



Fonte: organizado por: Lupuna Corrêa de Souza, 2024.

O quadro de funcionários é composto por 13 profissionais: 2 assistentes sociais, 4 fisioterapeutas, 1 fonoaudióloga, 1 psicóloga, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 técnicos de enfermagem, 1 motorista e 1 recepcionista. Os atendimentos ocorrem de segunda a sexta-feira, das 8h às 11h e das 14h às 17h. Os atendimentos domiciliares são realizados nas quintas-feiras pela manhã. Para agendar uma consulta, é necessário encaminhamento médico ou de enfermagem, após o qual o usuário passa por avaliação com o profissional especialista, que define as sessões conforme os dias e horários disponíveis na semana, com duração média de 40 minutos cada sessão. Os atendimentos voltados a usuários com necessidades especiais de saúde acontecem às quintas-feiras à tarde, com transporte disponibilizado para a condução dos usuários, acompanhados por seus responsáveis, até o local de atendimento.

As Família no Processo de Reabilitação da Criança com Necessidades Especiais de Saúde

As famílias de crianças com necessidades especiais de saúde enfrentam uma jornada contínua em busca de atendimento especializado e requerem uma rede de cuidados multiprofissional que assegure a assistência necessária para o desenvolvimento adequado dessas crianças. Nesse contexto, a equipe multiprofissional atende essa demanda por meio de uma rede de cuidado que promove ações de promoção e prevenção à saúde, favorecendo o desenvolvimento de diversas habilidades.

Os pais, mães e responsáveis relatam diversas mudanças no desenvolvimento das crianças, desde melhorias no comportamento social até avanços no desenvolvimento psicomotor, a partir do início do projeto pela equipe multiprofissional. Entre esses relatos, destacam-se:

A senhora S.V.N., mãe de uma criança diagnosticada com paralisia cerebral, observa que, após o início do tratamento, sua filha parou de ser internada frequentemente devido a episódios recorrentes de pneumonia, que anteriormente resultavam em hospitalizações contínuas. A mãe relata que, com o apoio da fisioterapia respiratória e da fonoaudiologia, houve melhorias na mastigação e deglutição da criança, além de uma significativa redução da salivação excessiva. Ela também expressa gratidão pelas sessões de analgesia que recebe para aliviar as dores nas costas, causadas pelo ato de carregar a filha, confirmando que, mesmo morando longe, faz questão de trazer a filha para o atendimento devido aos progressos observados em seu desenvolvimento.

O senhor C.l.C., pai de uma criança diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista (TEA), também compartilha sua experiência:

> Meu filho teve uma evolução muito significativa quando ele início o tratamento ele era uma criança que não tinha interação social, ficava todo tempo inquieto e não tinha comunicação com as pessoas, hoje não! meu filho com a ajuda da equipe principalmente da fisioterapia, fonoaudiologia e psicóloga, consegue se comunicar com as pessoas,

> tem noção de espaço, não fica mais inquieto podemos até ir às missas nos domingos, e ele estuda normalmente, eu só tenho a agradecer (C.I.C, 2024).

Nesse contexto, a senhora M.S.N., mãe de uma criança diagnosticada com síndrome de Down, relata que o atendimento multiprofissional trouxe um impacto significativo para sua filha, promovendo avanços notáveis na fala, na capacidade de andar e na compreensão. Para ela, esses progressos representam algo grandioso, trazendo uma nova normalidade à vida da filha. Nesse cenário, fazer parte de uma equipe multiprofissional comprometida com a assistência à saúde de crianças proporciona enorme satisfação e gratidão. Poder oferecer conforto e suporte aos responsáveis nos motiva a desenvolver um trabalho cada vez mais sólido e eficaz.

Como fisioterapeuta, tenho a oportunidade de transformar a vida de uma criança, promovendo melhorias em sua perspectiva de vida. Movimentos simples, como rolar, mover um membro ou até mesmo estimular um dedo, dão sentido a essa profissão tão humana. A possibilidade de auxiliar uma criança em sua deambulação e ver seu progresso até conseguir andar demonstra que ser fisioterapeuta vai muito além de uma profissão; é uma verdadeira missão.

Considerações finais

Para o sucesso deste projeto, o apoio administrativo foi primordial, pois sem uma estrutura de suporte adequada, projetos e planejamentos dificilmente se concretizariam. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) teve um papel fundamental ao acreditar no potencial da iniciativa, providenciando a estrutura física para os atendimentos e assegurando a logística necessária, incluindo o transporte.

Além disso, cada profissional da equipe contribuiu de forma decisiva, compartilhando seus conhecimentos e promovendo um cuidado integral e equitativo para cada criança. Esse trabalho coletivo permitiu oferecer

um acolhimento verdadeiramente humanizado, no qual o usuário e seus responsáveis sempre serão tratados como protagonistas do processo de cuidado. Dessa forma, os responsáveis puderam não só acompanhar a saúde física e mental das crianças, mas também trocar experiências e sentir-se acolhidos em um ambiente de confiança. Esses elementos combinados — apoio administrativo, estrutura adequada e a dedicação dos profissionais — demonstram a importância de uma abordagem integrada e colaborativa na construção de uma rede de cuidados eficiente e humanizada.

Referências

Andrade, B. N. P., et al. (2024). A importância da abordagem multidisciplinar no tratamento de crianças com espectro autista. Brazilian Journal of Health Review, 7(1), 3568-3580.

Bonomo, L. M. M., et al. (2007). Hidroterapia na aquisição da funcionalidade de crianças com paralisia cerebral. Revista de Neurociência.

Bagarollo, M. F., & Panhoca, I. (2011). História de vida de adolescentes autistas: contribuições para a Fonoaudiologia e a Pediatria. Revista Paulista de Pediatria, 29(1), 100–107. https://doi.org/10.1590/S0103-05822011000100016

Gonçalves, B. S., de Almeida, C. G., & Pereira, R. G. B. (2023). A eficácia das técnicas fisioterapêuticas na estimulação precoce de crianças com paralisia cerebral. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, 6(1).

Isaías, J. M. R. (2019). Prevalência e etiologia de transtornos do espectro do autismo: O que mudou nos últimos cinco anos? [Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior]. Faculdade de Ciências da Saúde.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2022). Crianças com deficiência podem ser beneficiárias da Previdência Social. Disponível em: https://www.terra.com.br/economia/financas-pessoais/criancas-com-deficiencia-podem-ser-beneficiarias-da-previdencia-social,b8891ba3cfb656e59c0b9b0102038c379h4khk3e.html Acesso em: 5 de fevereiro de 2025.

Ribeiro, J. L., & Silva, P. de L. (2017). Família do deficiente intelectual: Reflexões acerca do sofrimento familiar e do trabalho do psicólogo. Psicologia.pt. https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0413.pdf

Saad, A. G. F., & Goldfeld, M. (2009). A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, 21(3), 255–260. https://doi.org/10.1590/S0104-56872009000300013

Faturamento hospitalar: aprimorando a gestão no município de Silves, AM

Auricelia Maria Queiroz Assis
Laene Conceição Gadelha
Cleudecir Siqueira Portela

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos pilares fundamentais da saúde pública no Brasil, sendo responsável por garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para toda a população. Desde a sua criação, o SUS tem enfrentado desafios significativos, especialmente no que diz respeito ao financiamento e à gestão dos recursos destinados à saúde. A Constituição Federal de 1988 estabelece diretrizes claras para o financiamento do SUS, que deve ser sustentado por recursos da seguridade social, abrangendo saúde, assistência social e previdência social. No entanto, a realidade mostra que a média de despesas com saúde tem ficado aquém do ideal, o que levanta questões sobre a eficácia e a eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

Neste contexto, o presente texto aborda a experiência do Hospital de Silves, no estado do Amazonas, que conseguiu aumentar seus recursos financeiros por meio da correta alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde. A partir da assinatura do Termo de Compromisso entre o Estado do Amazonas e a Prefeitura Municipal de Silves, em 2018, o hospital passou a ter maior autonomia na gestão de seus recursos, o que possibilitou melhorias significativas na oferta de serviços de média e alta complexidade. A análise dos processos de regionalização e descentralização do SUS revela que, ao aumentar o financiamento e dar mais autonomia aos municípios, é possível promover avanços importantes na saúde pública, especialmente em regiões com características e desafios específicos, como é o caso da Amazônia.

O SUS e o financiamento da saúde

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o SUS deve ser financiado com recursos da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social), mantidos por toda a sociedade de forma direta e indireta, através de recursos dos orçamentos da União, estados, Distrito Federal e municípios (CONASS, 2015). A parte destinada ao setor saúde, até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias, ficou definida em, no mínimo, 30% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que a média das despesas com saúde para os anos de 2019 a 2023, foi de 1,86% (variou de 1,7% a 2,2%) (TCU, 2025).

A assinatura do Termo de Compromisso (TC) entre o Estado do Amazonas (SES-AM) e a Prefeitura Municipal de Silves (SEMSA-Silves) em 2018 representou um marco na gestão do Hospital Municipal. Anteriormente sob gestão da SES-AM, o hospital possuía pouca ou nenhuma influência da SEMSA-Silves nos processos de gestão e gerência das ações e serviços de média e alta complexidade (MAC) (TCGM, 2018). A mudança na gestão possibilitada pelo TC, alinhada com a crescente importância da autonomia municipal para o financiamento e aprimoramento da regionalização da saúde, conforme apontado por Duarte, Mendes e Louvison (2018), permitiu que o município de Silves assumisse um papel mais ativo na gestão da saúde da população.

A maior autonomia e o aumento do financiamento possibilitaram a melhoria dos processos de regionalização, refletindo em diversos avanços para o Hospital Municipal de Silves, como a ampliação da oferta de serviços e profissionais, a partir da identificação das necessidades específicas da população e direcionar os recursos para a contratação de profissionais e ampliação da oferta de serviços. Bem como, a melhoria na gestão dos recursos, por gerir de forma mais eficiente os recursos destinados à saúde, otimizando os gastos e investindo em áreas prioritárias para a população. Ao assumir a gestão do hospital, o município pôde identificar as necessidades específicas da população, direcionar os recursos de forma mais eficiente e fortalecer a

regionalização da saúde, garantindo um atendimento mais completo e de qualidade para todos.

Com maior volume de recursos e utilização de mecanismos inovadores de financiamento é possível pensar em expansão da implantação do modelo de rede de atenção à saúde, ainda em processo de implantação no Amazonas. Gestores municipais de todo o estado assumiram novas responsabilidades após a assinatura do TC, desde a contratualização de serviços, execução de recursos, pactuação de indicadores ou mesmo a mediação de conflitos, que só foi possível graças a três fatores: financiamento, descentralização e regionalização. Sem dúvida, aumentar o volume de recursos, mediante incentivos repassados pelo MS, sempre bem definidos e específicos quanto ao seu uso, pode ser motivo de preocupação, pela complexidade na utilização em especificidades locorregionais não previstas. Pode, também, trazer avanços importantes para a dinâmica do SUS, visto que nunca houve essa possibilidade, de o secretário municipal assumir a gestão plena da saúde, levantando dilemas sobre questões pertinentes, como autonomia, responsabilidades, capacidade de arrecadação e, até mesmo, operacionalização (Moreira, Ferré & Andrade, 2017).

Se espera que nos mais diversos cenários do setor saúde ocorram contínuas melhorias, mas, em especial, quando se trata de MAC, não há tempo para o erro, vidas podem ser perdidas se decisões não forem tomadas. O cenário amazônico impõe desafios aos hospitais de pequeno porte, que devem suprir as mais diversas demandas, das complicações agudas e de doenças crônicas, às causas externas. Para tanto, é necessário compreender a importância do processo de regionalização, em conformidade com os mais diversos atos normativos e especificidades de cada rede e seus cenários de implantação (Koide, 2023).

Afinal, os recursos escassos e os elevados custos não são todos os desafios que um gestor municipal enfrenta para realizar bem seu papel, para citar alguns: falta de profissionais de saúde; infraestrutura inexistente ou deficitária; indicadores de saúde menos favoráveis do que os do restante do

país; longas distâncias e logística complexa; vazios demográficos; insuficiência de serviços e de infraestrutura em saneamento; ausência ou má qualidade de dados e informações; baixa articulação institucional e planejamento regional; diversidade linguística e cultural (Rocha *et al.,* 2021). E nesse cenário, comum a grande maioria dos municípios amazonenses, foi possível aumentar o faturamento hospitalar a partir de mudanças sensíveis e estratégicas, sobretudo no processo de trabalho, para que os resultados começassem a aparecer.

Média e alta complexidade e evolução do financiamento

Historicamente o interior do estado do Amazonas tem sido prejudicado por fatores que vão desde o abstrato "fator amazônico", porte populacional, centralização dos serviços de MAC na capital e até a deficiência na informação de produtividade e faturamento hospitalar. A finalidade da configuração do espaço geográfico, baseado no Decreto nº 7508/2011, é que ele seja a base para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). Essa argumentação tomava por referência, sistematicamente, os recursos disponibilizados para a assistência médico-hospitalar, sem levar em conta, entre outros elementos, o tamanho e o nível de complexidade da rede de assistência à saúde ou os recursos disponibilizados para a atenção básica, a vigilância epidemiológica e o controle de doenças (De Souza, 2002).

O estado do Amazonas possui características peculiares em relação às responsabilidades sanitárias nos territórios, onde nos municípios do interior (com exceção de algumas unidades) o comando é único na Atenção Básica (AB) e na MAC. Já na capital, que possui população superior a 50% do quantitativo do estado, o comando das ações de MAC é do estado (com discreta participação da capital em exames laboratoriais, de imagem, atendimento e procedimentos de especialistas e uma maternidade), enquanto a capital se responsabiliza pelo comando da AB (Garnelo *et al.,* 2014).

Desta feita, é notório que a regionalização é uma diretriz estruturante da organização e fundamental ao desenvolvimento do Sistema Único de

Saúde (SUS) na busca pela efetivação do acesso universal à saúde, entretanto, desigualdades territoriais afetam capacidades e condições locais para provisão de serviços em uma política pública nacional com implementação descentralizada (Gurgel, 2020). Essa descentralização garante aos estados e municípios autonomia na tomada de decisão acerca dos serviços a serem implementados, e deveria conferir ao governo federal um papel menos efetivo do ponto de vista operacional, entretanto, com uma capacidade maior de redução de desigualdades através das transferências constitucionais.

No Amazonas, o processo de descentralização ocorreu entre os anos de 2017 e 2018, onde todos os municípios, com exceção da capital, se tornaram "plenos", ou seja, responsáveis sanitários pela AB e pelos procedimentos de MAC em seu território. Assim, o estado descentralizou a responsabilidade pelas unidades hospitalares do interior para os municípios através de um TCGM, vinculado a um Plano Operativo Anual (POA), que validaria anualmente esse termo de compromisso realizado entre município e estado (TCGM, 2018; Brasil, 2020; Amazonas, 2020). Desde o primeiro POA enviado pelos municípios ao estado, ainda em 2018, nenhum outro Plano foi realizado desde então, o que é preocupante, pois os municípios não realizam a validação há cerca de 6 anos, apesar de o instrumento legal regulamentar a periodicidade como anual.

Neste sentido, é importante refletir nos valores recebidos pelos municípios em seus Fundos Municipais de Saúde, fundo a fundo, como a base do financiamento municipal das ações de MAC, utilizada para o custeio da unidade hospitalar, em caso de ausência, ou desigualdade de condições no repasse, coloca os municípios em dificuldade extrema para prover serviços públicos de saúde. Uma das desigualdades está no critério *per capita*, na região amazônica, onde predominam grandes extensões territoriais com baixíssima densidade populacional, conferindo à grande maioria dos municípios uma classificação de baixo porte (Biasoto, 2004). Em relação ao porte populacional, nota-se que nas faixas com até 50 mil habitantes (mais de 95% dos municípios do Amazonas) as receitas oriundas de arrecadação direta de tributos não

ultrapassam 10% das receitas próprias, enquanto nos municípios com mais de 400 mil habitantes (1,5% dos municípios do Amazonas, especificamente a capital) ela ultrapassa os 34% (Amaral, 2014).

A equação porte populacional versus critério *per capita* nas transferências do SUS ainda apresentam significativas variações: aqueles com até 50 mil habitantes não ultrapassam a média de R$ 130,50 *per capita*, enquanto os vinculados às faixas populacionais superiores partem de R$ 156,05 para até R$ 189,79, isso em municípios com mais de 400 mil habitantes. Isso endossa a máxima de que a lógica *per capita*, de pronto, já gera iniquidade para o nosso estado, potencializada pela desigualdade desse critério de repasse para o Estado do Amazonas. Os valores que cada município recebe mensalmente para custear sua unidade hospitalar não chega a 30% do Custo Efetivo Total da unidade, que tem sido alvo de insatisfação generalizada, pela diferença e iniquidade que gera.

Um dos pontos importantes para a formação das despesas é o custo amazônico, que reflete nas capacidades locais acumuladas e nas condições locais dos mercados de produção de serviços. Esse custo, abstrato aos olhos das últimas políticas públicas, gera altos níveis de despesa municipal *per capita*, entretanto, não necessariamente traduzem maiores níveis qualitativos ou quantitativos de serviços de saúde. É notória, por exemplo, a escassez de médicos, insumos e equipamentos. Não existem critérios regionais para o rateio dos recursos da União, prevalecendo a distribuição dos recursos com base na capacidade instalada existente, no histórico de produção e nos incentivos isolados. Exemplificando: a lógica da capacidade instalada não leva em conta a diferença de preços para efetuar os mesmos serviços no interior, sendo mais um fator de iniquidade para o financiamento do SUS no Amazonas.

Desde 2018 não existe uma política de estado que realiza a cogestão financeira das unidades hospitalares, uma vez que o financiamento em saúde deve ser tripartite. Atualmente, os municípios recebem diretamente o valor de Teto MAC do governo federal, sendo a parte federal do custeio, que, como já

dito, é insatisfatório. Já o estado informa que a estrutura física e o pagamento de despesas, como água, luz e profissionais (muito aquém das necessidades) se configura sua parte como custeio. Entretanto, existem relatos de retirada de profissionais sem a devida reposição, sobretudo médicos, e da ausência pela aposentadoria. Recaindo aos municípios a pesada responsabilidade de manter as ações e serviços de saúde, e suprir as ausências, cobrindo a maior parcela da equação do financiamento do SUS, que deveria ser tripartite. Há municípios que arcam com até 80% do custeio, apesar de ser o mais pobre e limitado dentre os entes federados.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) do Amazonas se tornou um problema histórico por permanecer muito tempo desatualizada, limitando a capacidade de produção dos municípios, sobretudo no interior. Muitos municípios produzem muito mais do que recebem, superando em 200% o percentual de execução em relação ao seu Teto MAC. A média percentual de execução do Teto MAC no estado gira em torno de 75%. É importante frisar que ainda existe um destaque orçamentário superior a R$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais) que sai do recurso MAC dos municípios para custeio de ações na capital, sob a justificativa de que esses serviços não seriam realizados *in loco*. A PPI do estado teve sua última atualização em 2005, onde permanece igual há 19 anos, lidando com realidades completamente diferentes, especialmente pelos avanços conquistados pelos municípios.

Piso da Atenção Básica, Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade e Incrementos

A diferença entre o Piso da Atenção Básica (PAB), Teto Financeiro de MAC e os Incrementos (que são Emendas Parlamentares), é que os dois primeiros são repasses mensais da União para os municípios, para custeio das atividades nas respectivas linhas de cuidado. Já os Incrementos, são despesas discricionárias, cuja execução está sujeita a avaliações de oportunidades. Já as emendas parlamentares do orçamento impositivo, trata-se de um percentual

do recurso federal da saúde disponibilizado aos parlamentares da bancada estadual para decisão do envio e rateio. Essa situação reforça a desigualdade na distribuição dos recursos federais, especialmente pela não uniformidade de gastos nas mais diferentes localidades, ou pela (in)capacidade de mobilização que os problemas/agravos de saúde mais prevalentes carregam junto consigo, com potencial de mobilização.

O SUS não dispõe de consenso quanto a quais variáveis poderiam indicar as necessidades, ou demandas, para as mais variadas regiões, que indique o padrão para alocar receitas. Nesse caso, a inexistência de uma variável que identifique com clareza a localização das demandas, torna ainda mais difícil a equiparação necessária à região amazônica. Os recursos do Incremento Temporário do PAB, conforme Portaria nº 395 de 14 de março de 2019, corresponde ao valor máximo, por município, de até 100% do valor total do somatório dos PAB Fixo e Variável no ano do exercício anterior ao vigente. Para questões de cálculo, a definição do valor do Teto do Incremento Temporário do PAB, utiliza a seguinte equação: Incremento Temporário do PAB = PAB Fixo + PAB Variável (Brasil, 2019).

O Teto MAC, por sua vez, trata-se de recurso temporário destinado a complementar o custeio dos serviços de Assistência a MAC, com o objetivo de melhorar o atendimento à população, incrementando o financiamento da rede própria de atendimento e/ou, ainda, atuando na ampliação do custeio, proporcionando a redução de filas de atendimento. Poderão ser alocados recursos de emenda na ação 2E90 (Incremento Temporário ao Custeio dos Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial para Cumprimento de Metas) para posterior cadastro de solicitação por estado ou município para incrementar o MAC, de maneira temporária, em até 100% da produção aprovada no Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) de 2018.

Daí a importância da correta alimentação dos sistemas, já que os limites máximos de transferência se fixam pelo que se produz no ano anterior. Para

questões de cálculo, a definição do valor do Teto do Incremento Temporário ao Custeio de Serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, utiliza a seguinte equação: Incremento Temporário do MAC = Produção aprovada SIS + Produção aprovada SIH.

Avanços e conquistas no financiamento do SUS no Amazonas

O financiamento justo é aquele que assegura o caráter igualitário do acesso a bens e serviços, garante processos bem-sucedidos de descentralização sob a regulação federal. Combina garantias constitucionais e legais plenas de acesso universal, integral e igualitário aos serviços em todas as suas modalidades, cuja atribuição legal recaia sobre os municípios, enquanto os demais entes federados cuidam de outras competências, como planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde. Deve partir das diferenças regionais a orientação sobre como formular e implementar políticas de saúde, com a merecida importância ao papel do financiamento federal, como um elemento indutor do processo de regionalização, sempre respeitando os princípios fundamentais do SUS (Vieira *et al.*, 2023).

Um avanço notável dentro da atenção especializada do Amazonas ocorreu com a assinatura da Portaria GM/MS nº 1571, de 16 de outubro de 2023, que estabelece recurso financeiro do "Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Atenção Especializada", a ser disponibilizado aos municípios do Estado do Amazonas. Seus recursos somam R$ 225.120.797,00 (duzentos e vinte e cinco milhões, cento e vinte mil, setecentos e noventa e sete reais), divididos em duas partes. A primeira, se trata de um valor anual a incorporar ao Teto MAC do estado no valor de R$ 122.793.162,00 (cento e vinte e dois milhões, setecentos e noventa e três mil, cento e sessenta e dois reais), por ocasião da necessidade da correção do valor do Teto MAC estadual, disponibilizados fundo a fundo aos municípios, em relação aos valores disponibilizados aos outros estados da federação.

Já a segunda parte, trata-se de valor em parcela única de R$ 102.327.635,00 (cento e dois milhões, trezentos e vinte e sete mil, seiscentos e trinta e cinco reais) valor solicitado pela "Associação Amazonense de Municípios" a ser disponibilizado aos municípios do estado do Amazonas em situação da emergência, decorrente da severa estiagem no período de vazante dos rios no ano de 2023. Também foi incorporado ao limite financeiro de MAC do Amazonas o valor de R$ 172.200.502,26 (cento e setenta e dois milhões, duzentos mil, quinhentos e dois reais e vinte e seis centavos), através da Portaria nº 758, de 22 de junho de 2023, onde foi incorporado creditado fundo a fundo em 12 parcelas iguais.

Essas conquistas se devem à melhor compreensão e entendimento das necessidades apresentadas pelos municípios do interior, onde, em sua quase totalidade, sobrevivem sem a capacidade de arrecadação para incrementar custos, onde os investimentos devem crescer, acompanhando as necessidades da população. Na conformação estabelecida em 2005, o MAC era dividido entre SES-AM e municípios no percentual de 75% e 25% respectivamente. No processo de discussão, o estado renunciou 15% do valor que lhe é conferido, o que permitiu um avanço para os municípios de 40% do valor da portaria. Sobre a distribuição do novo valor repassado pelo MS, ficou acordado da seguinte forma: SES-AM, fica com 60%; SEMSA-Manaus, com 9% e as demais secretarias municipais de saúde do interior, com 31%.

Manaus nunca havia sido incluída no critério de rateio de forma direta, sendo disponibilizado valores percentuais relacionados à sua capacidade de produção ambulatorial e hospitalar. Neste novo momento, reconhecendo a importância da capital nos serviços de saúde, sobretudo na garantia do acesso a exames e consultas, abre-se a possibilidade de ampliar os serviços com um investimento mais justo. Esses recursos são para custeio da Atenção Especializada – MAC, devendo ser investidos na manutenção das atividades que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital, de acordo com a normativa vigente.

Esses detalhes são relevantes, uma vez que destinam recursos importantes para Silves, e para os municípios que servem de referência, Itacoatiara e Manaus. São conquistas importantes que estão possibilitando avanços consideráveis na construção de um SUS mais resolutivo e humano na região do Médio Amazonas. A Tabela 1 apresenta a evolução dos recursos recebidos para a atenção hospitalar de Silves, no período de 2018 a 2024.

Tabela 1. Evolução histórica de transferências recebidas fundo a fundo, para a atenção hospitalar, ação detalhada: "Procedimentos no MAC".

Anos/ Mês	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Jan	-	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	69.226,15	145.026,70
Fev	-	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30 15.082,97 (Parcela única)	66.900,00 8.700,00	145.026,70
Mar	-	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00	145.026,70
Abr	-	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00	145.026,70
Mai	-	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00	145.026,70
Jun	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00	145.026,70
Jul	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00 19.924,19	164.950,89
Ago	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.900,00 19.924,19	164.950,89
Set	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	87.416,55 19.924,19	164.950,89
Out	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	107.340,74 775.343,33 (parcela única)	164.950,89
Nov	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	184.875,07	164.950,89
Dez	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	66.512,30	184.875,07	164.950,89
Total	**465.585,10**	**798.147,68**	**798.147,68**	**798.147,68**	**813.230,57**	**1.945.849,48**	**1.859.865,54**

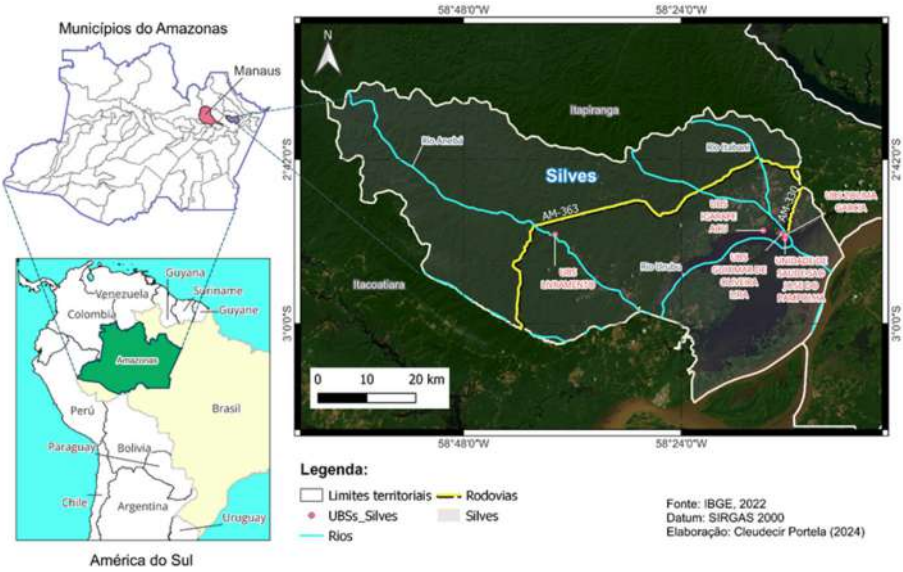
Fonte: FNS.

A ilha de Silves e sua unidade hospitalar

O Município de Silves está localizado no estado do Amazonas, na Região do Médio Amazonas. Com uma área territorial de 3.723,382 km², Silves contava com uma população de 11.559 habitantes em 2022, resultando em uma densidade populacional de apenas 3 habitantes por km². A cidade se encontra a 200 km em linha reta de Manaus e a 250 km por via fluvial, a montante do Rio Amazonas (Figura 1). A sede do município é uma ilha encantadora, situada no Lago Saracá, e é cercada por uma paisagem deslumbrante, em confluência com o Rio Urubu e o Lago Canaçari. A região é caracterizada por áreas de várzea e igapós, que abrigam uma rica diversidade de peixes. A maior parte da população de Silves reside na zona rural, com 52,11% dos habitantes, o que corresponde a aproximadamente 6.029 pessoas, a maioria delas ribeirinhos. Além disso, 49,1% da população vive com uma renda per capita de até meio salário-mínimo (Silves, 2021; IBGE, 2022).

A Unidade Hospitalar de Silves, com Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) nº 2016249, foi inaugurado em 18 de janeiro de 2014 e está localizado na Rua Florindo de Almeida, S/N, Bairro Mucajatuba, com o funcionamento 24h em todos os dias da semana (Figura 2) (Amazonas, 2014). Esta unidade esteve subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) até o dia 31 de janeiro de 2018, quando foi celebrado o Termo de Compromisso entre o Estado e a Prefeitura Municipal de Silves, através da Secretaria Municipal de Saúde de Silves – SEMSA, onde ficou estabelecido o termo de cooperação entre a SES-AM e SEMSA Silves, no que concerne a gestão e gerência de recursos de estabelecimentos que desenvolvem ações e serviços de MAC no município (TCGM, 2018).

Figura 1. Localização do município de Silves, Amazonas.



Fonte: IBGE, 2022. Elaborado por Cleudecir Portela, 2024.

No ato de sua inauguração o hospital recebeu o nome, ainda que informal, de Hospital Delphina Rinald Abdel Aziz de Silves, ainda necessitando de homologação jurídica, visto que seu nome fantasia no CNES permanece como Unidade Hospitalar de Silves desde 2014. Este hospital é um órgão público credenciado ao SUS, não cobra pela prestação de serviços e segue as normas regidas pelo SUS. Tem por objetivo prestar assistência hospitalar nas áreas de pronto atendimento, centro cirúrgico, clínicas médicas, clínica obstétrica, clínica pediátrica, laboratório de análises e atendimento de enfermagem.

Figura 2. Vista lateral (A) e da fachada (B) do Hospital Delphina Aziz de Silves.

Fonte: SEMSA Silves, 2024.

Organização e construção do faturamento hospitalar

Após assinatura do Termo de Compromisso de Gestão em 2018, passou a ser de responsabilidade do município o envio de dados MAC, onde permaneceu sem informar ao Ministério da Saúde o que se produzia de assistência até o ano de 2020, o que ocorria por desconhecer a exigência legal e pela falta de apoio por parte da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Silves. A partir de uma nova gestão municipal, iniciada em 2021, foi possível mudar essa situação, com a realização do envio regular da produção hospitalar, isso apesar do cenário econômico mundial desafiador. Mesmo diante dos desafios impostos pela crise sanitária desencadeada pela pandemia da Covid-19, com aumento dos custos em saúde, mais do que nunca, foi necessário conhecer os gastos e direcionar adequadamente os recursos em saúde, além de buscar ferramentas para aquisição de recursos extras.

O setor responsável pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) é conhecido como o cérebro do hospital, sendo o responsável por consolidar, organizar e quantificar todos os procedimentos realizados dentro

da unidade hospitalar. Nesse setor são processadas todas as produções, sejam ambulatoriais (procedimentos que são rotineiramente realizados sem que haja internação, a exemplo de uma consulta com administração de medicamento em período de até 24 horas) ou de internações (procedimentos realizados em um período superior a 24 horas). O processamento correto da produção hospitalar inicia desde o primeiro atendimento do usuário na recepção, onde são coletados os dados pessoais, até o envio dos procedimentos realizados em forma de arquivo para o Ministério da Saúde.

Para que esse processo passasse a ser realizado de forma sistemática, dentro da rotina hospitalar, foi necessário capacitar os funcionários desse setor através de curso presencial realizado em Manaus, promovido pelo Departamento de Controle e Avaliação Assistencial (DECAV/SES-AM). Foram abordados os sistemas utilizados para a realização da produção, que são: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Sistema de Dados de Entrada de Autorização de Internação Hospitalar (SISAIH). Ambos utilizam como base para registro o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). O curso foi realizado de forma gratuita, dentro das atribuições do DEVAC, sendo essencial para que, finalmente, existissem dados de atendimento no Hospital de Silves, tão necessários para o planejamento e monitoramento de ações de vigilância, além de controle epidemiológico e para acompanhar o faturamento.

Alimentar sistemas oficiais de informação em saúde é crucial para a continua oferta e sobrevivência dos serviços, uma vez que só será possível exigir maiores recursos se for comprovada a necessidades destes, onde prevalece a máxima: "não registrou, não fez". Para que esse registro seja feito se exige o comprometimento e organização de todos os profissionais envolvidos, com a revisão dos processos de trabalho no ambiente hospitalar, onde cada setor deve entender sua importância para o bom andamento da unidade hospitalar. Para que os usuários tenham suas necessidades de atendimento supridas é necessário interligar os diferentes setores envolvidos, com a garantia do bom atendimento e da correta utilização dos recursos financeiros públicos necessários.

Os principais entraves que dificultavam a inserção correta e a catalogação dos procedimentos pelo SAME, quando se analisou as fichas de atendimento e internação, foram: falta de identificação correta do usuário, a não descrição e quantitativo de todos os procedimentos realizados e a ausência do Procedimento Médico junto com o código de Classificação Internacional de Doenças (CID). Em busca de sanar essas dificuldades foram realizados treinamentos e a revisão dos fluxos de trabalho de cada setor, através de cada Procedimento Operacional Padrão (POP), que é a ferramenta que norteia a forma de trabalho de cada setor.

Na recepção uma nova ficha de atendimento foi implementada contendo os dados de registro necessários para se identificar o usuário, com a disponibilização de computador mais eficiente. Para o corpo de cuidados (enfermeiros, técnicos de enfermagem e de patologia, médicos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas) se realizou rodas de conversa em cada plantão, para orientar sobre a importância de registrar corretamente todos os procedimentos realizados, com a descrição e a quantidade do que foi executado. Os médicos foram orientados sobre como registrar adequadamente as patologias, seguindo a tabela SIGTAP, dentro da AIH, que descreve a situação de doença da pessoa, o caráter de seu atendimento, a especialidade do leito, a patologia acometida, o procedimento submetido e o encerramento de seu quadro clínico.

Ao corpo de apoio (laboratório, eletrocardiograma, raio-x, ultrassonografia, banco de sangue e farmácia) também se orientou sobre o registro correto do procedimento realizado, com fichas especificas em cada setor. Com a implantação desses novos recursos foi possível reconhecer gastos, registrar despesas e contabilizar corretamente os serviços ofertados, tanto no ambulatório quanto na internação. Saber exatamente o que se faz e com qual custo, possibilitou mudanças significativas no cenário de faturamento hospitalar, o que levou Silves a estar entre os municípios do Amazonas com melhor desempenho, com faturamento comprovado superior ao MAC a ele destinado, isso desde o final de 2022.

Resultados alcançados e considerações finais

Os resultados alcançados evidenciam uma melhora significativa no fluxo produtivo do hospital, refletindo na redução da perda de dados iniciais e ampliação da capacidade resolutiva tanto no ambulatório quanto nas internações. O aumento no número de partos, atendimentos e cirurgias, aliado à diminuição de transferências de usuários, possibilitou um melhor controle dos gastos com transporte e planejamento da manutenção das ambulâncias, otimizando a gestão de recursos. A correta contabilização dos exames ambulatoriais permitiu identificar os exames e procedimentos mais utilizados, direcionando os gastos com insumos de forma mais eficiente e ampliando a oferta de ações e serviços de saúde. A identificação das patologias mais frequentes na população, através da contabilização completa dos procedimentos, possibilitou o direcionamento de intervenções preventivas adequadas, inclusive no nível primário de atenção à saúde.

A correta informação dos gastos também impactou positivamente no incremento do recurso MAC, que passou de R$ 798.147,63 em 2021 para R$ 1.102.033,55 em 2023, formalizado pela Portaria GM/MS nº 3.053, de 8 de janeiro de 2024. Esta portaria, estabelece o teto MAC do município de Silves em R$ 1.979.410,65 (Brasil, 2024a). Adicionalmente, a partir de 2024, o município está apto a receber recursos via emendas parlamentares, destinadas ao atendimento de MAC, com as transferências de recursos regidas pela Portaria GM/MS nº 3.283, de 7 de março de 2024 (Brasil, 2024b). Apesar da complexidade do processo, envolvendo diferentes agentes, o correto registro do faturamento hospitalar possibilitou ampliar o volume de recursos recebidos pelo município para a execução da MAC, além de apresentar a realidade do funcionamento do hospital.

Para consolidar estas mudanças nos processos de trabalho dos diferentes setores do hospital, é fundamental manter uma gestão focada no monitoramento e processos educativos contínuos. É imprescindível que os

gestores municipais incentivem o registro constante e necessário do que é executado, e que novos processos sejam desenvolvidos para potencializar ainda mais a capacidade de resolução das demandas de saúde da população de Silves. A experiência de Silves demonstra que é possível identificar falhas e buscar soluções para os desafios, sendo essencial o comprometimento da gestão e dos funcionários, com a diminuição de perdas e otimização de recursos, além da revisão constante dos processos de trabalho. Através do correto registro hospitalar, foi possível melhorar a qualidade e ampliar a oferta de serviços, respeitando os princípios e diretrizes do SUS, e tendo como foco principal a saúde e o bem-estar dos usuários.

Referências

Amaral, P. V., & Anselin, L. (2014). Finite sample properties of Moran's I test for spatial autocorrelation in tobit models. Papers in Regional Science, 93(4), 773-782.

Amazonas. (2014). Secretaria de Estado da Saúde. Governador Omar Aziz inaugura novo Hospital de Silves e anuncia pacote de obras para o município. Recuperado em: https://www.saude.am.gov.br/governador-omar-aziz-inaugura-novo-hospital-de-silves-e-anuncia-pacote-de-obras-para-o-municipio/#:~:text=O%20governador%20Omar%20Aziz%20inau%20gurou,exclusivos%20do%20Governo%20do%20Estado

Amazonas. (2020). Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM). Conselho Estadual de Saúde do Amazonas. Resolução No. 010/2020 de 27 de fevereiro de 2020: Dispõe sobre as Diretrizes que orientarão a elaboração do PES 2020-2023. Manaus, Amazonas, 2020.

Biasoto, G. (2004). A universalização da saúde e a construção do SUS. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto 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 União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p.1-3.

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 395, de 14 de março 2019. Dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2019. Recuperada em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0395_05_04_2019_rep.html

Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

Brasil. (2024a). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.053, de 8 de janeiro de 2024. Divulga os montantes anuais alocados aos estados, Distrito Federal e municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC). Recuperada em: https://cosemspi.org.br/wp-content/uploads/2024/02/PORTARIA-GM_MS-No-3.053-DE-8-DE-JANEIRO-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-3.053-DE-8-DE-JANEIRO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf

Brasil. (2024b). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.283, de 7 de março de 2024. Dispõe sobre as regras para as transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas a emendas parlamentares que destinarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperada em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.283-de-7-de-marco-de-2024-547028906

CONASS. (2015). O financiamento da saúde. Coleção "Para entender a gestão do SUS, 2011. Vol. 2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2015, atualização). Recuperado em: https://www.conass.org.br/biblioteca/o-financiamento-da-saude/

De Souza, R. (2002). O sistema público de saúde brasileiro. Ministério da Saúde. Recuperado em: https://www.inesul.edu.br/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf

Duarte, L. S., Mendes, Á. N., & Louvison, M. C. P. (2018). O processo de regionalização do SUS ea autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). Saúde em Debate, 42(116), 25-37.

Garnelo, L., Vieira, J. R., Souza, M. L. P., Rocha, E. S. C., & Gonçalves, M. J. F. (2014). Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 60-87.

Gurgel, A. L. D. A. (2020). Regionalização e redes de atenção à saúde: a análise do financiamento federal e da oferta de serviços nas regiões de saúde. 74 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

IBGE. 2022. Panorama – Cidade de Silves. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Recuperado em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/silves/panorama

Koide, N. M. R. C. (2023). Regionalização e redes de atenção: apreciação da organização da rede de urgência e emergência na Região de Saúde do Baixo Amazonas (AM) e município de referência Parintins (Dissertação de mestrado).

Moreira, L. M. D. C., Ferré, F., & Andrade, E. I. G. (2017). Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 22, 1245-1256.

Rocha, R., Camargo, M., Falcão, L., Silveira, M., & Thomazinho, G. (2021). A saúde na Amazônia legal: evolução recente e desafios em perspectiva comparada (No. 04). Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Silves. 2021. Plano Municipal de Saúde do Município de Silves 2022 a 2025. Recuperado em: https://www.silves.am.gov.br/editais/30-08-22-164301-planomuncdesadedesilves2022a2025vigente-.pdf

TCGM. (2018). Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM), celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Silves, referente à gestão e gerência de média e alta complexidade em Silves. (31 de janeiro de 2018). Governo do Estado do Amazonas. Silves, Amazonas.

TCU. (2025). Fatos Fiscais. Despesas com a função saúde. Tribunal de Contas da União (TCU). Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) e IBGE. Brasília, DF. Recuperado de: https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html

Vieira, F. S., Servo, L. M. S., Piola, S. F., de Sá, E. B., & de Sá ce Benevides, R. P. (2023). Prioriza SUS: proposta para o aperfeiçoamento da gestão do SUS por meio do planejamento, do monitoramento e da avaliação da ação governamental (No. 2879). Texto para Discussão. Recuperado em: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/285002/1/TD2879.pdf

Fisioterapia pélvica: derrubando pré-conceitos e transformando vidas em Silves, AM

Auricelia Maria Queiroz Assis
Dennice Batista Neves
Laene Conceição Gadelha
Denise Rodrigues Amorim de Araújo

Apresentação

Silves é um município brasileiro, na Região do Médio Amazonas, com uma população registrada no censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022 de 11.559 habitantes, em sua maioria ribeirinhos, dos quais 5.499 são mulheres, sendo que 3.114 estão na faixa etária de 15 a 59 anos (IBGE, 2022). Estas mulheres são as que mais sofrem com as disfunções do assoalho pélvico. Por ser um município com população predominante ribeirinha que vive do cultivo e da pesca, estas mulheres desde muito jovens labutam de forma a causar muita descarga sobre a musculatura do assoalho pélvico.

O Assoalho Pélvico é um grupo de músculos, ligamentos, nervos e tecido conjuntivo que sustenta os órgãos que ficam na área do abdômen. São os responsáveis por segurar a urina, as fezes e os órgãos internos femininos como o útero e vagina (Baracho, 2018). As mulheres historicamente subjugadas vêm ganhando a autonomia de suas vidas, porém grande parte delas ainda sofrem caladas as disfunções do assoalho pélvico. Seja por vergonha ou constrangimento as mesmas têm dificuldade de buscar atendimento, para vencer esse tabu a fisioterapia tem sido fundamental, mostrando que nenhuma mulher precisa conviver com essas patologias.

A Fisioterapia Pélvica vem sendo ofertada à população feminina do município desde o ano 2018, porém no ano de 2022 com o início do atendimento

do médico ginecologista houve um aumento gradativo e significativo da procura pelo procedimento. Nesse contexto a Fisioterapia Pélvica atua na prevenção e tratamento de diversas patologias causadas pela diminuição ou perda do tônus muscular perineal. Este capítulo visa mostrar o caminhar da implementação da intervenção da Fisioterapia Pélvica no tratamento de doenças do assoalho pélvico feminino buscando a melhoria da qualidade de vida das munícipes silvenses.

Silves nos braços do rio

Silves tem sua sede localizada em uma ilha de beleza única, onde o visitante pode desfrutar as belezas naturais o ano inteiro, em época de cheia do rio podemos apreciar um delicioso suco natural vendo o pôr do sol em um dos quiosques à frente da cidade, e em época de vazante, a praia de arreia branquinha é um convite para se refrescar. Devido as suas proporções demográficas e geológicas o deslocamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito por embarcação em uma área extensa de rios, lagos e calhas fluviais. Tem um povo acolhedor e feliz, sendo conhecida como Silves, a Cidade Risonha

Favônio de Murucutu
Do bar da Jandira a bela paisagem
a mata que é margem do rio urubu
e o negro das águas matiza a folhagem
que baila agitada ao som da aragem
que vem lá das bandas do murucutu

O vento sussurra a canção tão bonita
que todo cenário parece dançar
da praia alvinha de lá do terceiro
avança ansioso o primeiro banzeiro
num manso galope pra ilha beijar

E Silves se torna um recanto de prece
erguido nas águas em forma de altar

Uma rede se aquieta
e Deus nesse instante parece que desce
em forma de brisa
e se põe a cantar
(Braga, 2021)

Silves possui, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), um total de 14 (quatorze) estabelecimentos de saúde públicos municipais (Brasil, 2024). Devido a sua demografia, o atendimento de saúde feito pela equipe multidisciplinar é realizado na Policlínica Elizabeth de Sousa Assis, localizada na região central da sede de Silves. Neste ambiente de cuidado, a população pode ser atendida de maneira contínua pelos profissionais das seguintes áreas: Nutrição, Assistência Social, Fonoaudiologia, Psicologia e Fisioterapia. Essa equipe multidisciplinar atua junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

"Não fala disso, menina..."

O empoderamento feminino é um conceito que surgiu no século XIX e que se consolidou como um movimento político, social e filosófico. Tendo como objetivo promover a força da mulher e a luta pela igualdade de gênero, para que as mulheres possam ter uma maior participação na sociedade. Em pouco mais de 100 anos, esse conceito se tornou tão abrangente que podemos dizer que ele passou de liberal para libertador, onde as mulheres passaram a ser mais que autossuficientes e se tornaram inspiração para toda uma sociedade (Cornwal, 2018).

Nós, mulheres, historicamente subjugadas estamos conquistando a autonomia de nossas vidas, nunca se falou tanto em "Empoderamento Feminino que vai além de garantir que homens e mulheres tenham os mesmos espaços, com direitos e oportunidades iguais. Empoderar uma mulher é permitir ela a liberdade de falar sobre o que sente e pensa, sem julgamentos ou preconceitos (Cornwal, 2018). Isso nos leva a refletir, o quanto nós somos empoderadas.

Até onde podemos garantir a uma mulher o direito de ser Mulher? Ser mulher, por si só, já é uma vivência de várias facetas, somos mães, trabalhadoras, produtoras, empresárias, educadoras, entre tantas, somos muitas. Mas apesar de todo o empoderamento feminino, ainda existe um tabu quando se trata de buscar atendimento para os distúrbios do assoalho pélvico.

Quando se trata de Saúde da Mulher e Fisioterapia Pélvica, muitas mulheres ainda sofrem em silêncio com disfunções do assoalho pélvico. Guardam segredos, dores e, seja por vergonha ou constrangimento, as mesmas têm dificuldade de buscar atendimento, para as mais diversas patologias que acometem o assoalho pélvico, comprometem a sua saúde física e emocional (Buzo, Cruz & Garbin, 2017). Elas, em sua maioria, lidam com incontinências urinária e fecal, dores lombares e pélvicas, inchaço, dores durante a relação sexual provocadas pelo vaginismo uma doença que causa forte desconforto por se tratar de contrações involuntárias da musculatura da vagina que dificulta a penetração do pênis durante o ato sexual, outra patologia também comum é vulvodínia caracterizada por quadro álgico na região da vagina, apresentam prolapsos pélvicos e vaginais, perdendo completamente o prazer sexual e muitas a vontade de viver (Nagamine, Dantas e Silva, 2021).

O começo

Os benefícios da atuação da fisioterapia dentro da Saúde da Família vêm sendo amplamente analisados, de modo a ser nítida a diferença e impactos no cuidado da população. Tavares, destacou que foi em 1997, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) reorganizou a ESF, através da Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008 revogada posteriormente e criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se deu a atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica, com oportunidades de ampliar, no âmbito teórico e prático, ações e contribuições para a saúde individual e coletiva.

A fisioterapia como campo amplo de conhecimento eleva o atendimento do usuário do SUS, a introdução deste profissional na Atenção

Básica de início se apresentou, aos demais membros já estabelecidos da ESF, de forma curativa e reabilitadora, com uma visão limitada, ainda se entendia que o profissional de fisioterapia deveria intervir apenas quando solicitado. Porém, em um breve caminhar junto à ESF se destacou a importância da atuação do fisioterapeuta, elevando as ações de promoção da saúde em busca de atender às necessidades que o usuário apresenta como sujeito único e portador do direito à saúde (Portes, Caldas, de Paula & Freitas, 2011).

A atuação do fisioterapeuta no município de Silves iniciou em 2014 ainda mais voltada a prática da reabilitação ortopédica e os demais profissionais da ESF não visualizavam a amplitude de cuidados que esta profissão promove. E foi justamente no campo do atendimento de fisioterapia ortopédica que a primeira pessoa de fisioterapia pélvica se apresentou, no ano de 2018. A usuária Esmeralda[11], 44 anos, veio em busca do atendimento de fisioterapia, encaminhada pelo médico da ESF porque relatava dores na região lombar há muitos anos, que a impossibilitava de trabalhar.

Esmeralda já estava há duas semanas em tratamento de fisioterapia quando, ao realizar um exercício na bola, começou a chorar. Como profissional da fisioterapia não imaginava quais seriam as razões, de início perguntei se o exercício tinha causado dor. Esmeralda, em um impulso, contou que, quanto ficava sentada na bola, sentia uma dor que a incomodava, mas que a razão de suas lágrimas não era o exercício, mas o fato de seu companheiro, parceiro de muitos anos, ter dito que iria sair de casa, porque os dois não tinham mais vida sexual. Relatou que o motivo de não manter relações sexuais com o marido acontecia porque sentia dores intensas durante o ato. Esmeralda permitiu o exame e foi observado prolapso vaginal e uterino.

A partir dessa avaliação pude perceber que sozinha não poderia tratar Esmeralda, o cuidado demandava a atuação da equipe multidisciplinar. Junto com a equipe formada pelo médico, assistente social e psicólogo, montamos o Projeto Terapêutico Singular (PTS) no qual a participação de Esmeralda foi

11 Todos os nomes usados nesse relato foram mudados para títulos de pedras preciosas para preservar a identidade das usuárias

fundamental para que pudéssemos entender a vivência, rotina e escolher o melhor caminho para sua saúde. Como mecanismo de tratamento integrado o PTS é uma ferramenta que se utiliza do conhecimento individual de saberes de cada profissão para, junto com o usuário, traçar o melhor caminho para amenizar ou sanar a problemática de saúde. Sendo o tratamento construído em coletivo (Cadernos Humaniza SUS; v. 2, 2010).

Durante cinco meses Esmeralda fez o tratamento voltado para a fisioterapia ginecológica pélvica, realizou a cirurgia de Histerectomia e Colpoperineoplastia, e, após o procedimento cirúrgico, retornou por mais 3 meses para concluir o tratamento terapêutico. Esmeralda voltou à normalidade de sua vida sexual, não se queixou mais de dores e, como ela mesma disse: "Eu voltei a viver"!

Diante a experiência de Esmeralda, observou-se que existia um grupo de mulheres portadoras de patologias do assoalho pélvico que, por constrangimento, não buscavam tratamento. Decidimos, portanto, realizar trabalho de divulgação em todas as unidades de ESF sobre a importância do tratamento e a oferta do serviço pela equipe de fisioterapia, junto aos profissionais de saúde do município com a necessidade de identificação dessas pessoas.

Fisioterapia Pélvica: a evolução do cuidado na saúde da mulher

A Resolução N°. 401/2011 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CONFITO), disciplina a atividade do Fisioterapeuta no exercício da Especialidade Profissional Fisioterapia na Saúde da Mulher. No inciso IX destaca como atribuições: planejar e executar estratégias de intervenção fisioterapêuticas utilizando recursos fisioterapêuticos gerais e os específicos como: massagem perineal, cinesioterapia dos músculos do assoalho pélvico, biofeedback mamométrico, eletromiográfico, de superfície e intracavitário (anal e vaginal), biofeedback ultrassonográfico, propriocepção e fortalecimento muscular intra-anal e intra-vaginal, programas de exercícios para gestantes, entre outras (CONFITO, 2011).

A Fisioterapia Pélvica atua na prevenção e tratamento de diversas patologias causadas pela diminuição ou perda do tônus muscular perineal, promovendo uma melhor conscientização corporal e propriocepção perineal, ajudando na reeducação vesical (de Andrade, Costa, Cavalcante & Silva, 2023).

Nesse contexto, a Fisioterapia Pélvica vem sendo ofertada à população feminina do município de Silves desde o ano 2018, envolvendo várias práticas de saberes em busca do cuidado individual de cada usuária portadora de patologia. Funciona com uma equipe multidisciplinar que conta com o apoio direto da psicologia, do serviço social e da nutrição, além da participação de todos os profissionais que compõem a ESF. Essa atuação foi ampliada a partir de 2022, com o início do atendimento do médico ginecologista, quando houve um aumento gradativo na procura pelo procedimento terapêutico.

A usuária, ao ser encaminhada para a fisioterapia pélvica, é avaliada e de acordo com a sua sintomatologia se monta o melhor Projeto Terapêutico Singular (PTS) que será executado pela equipe e direcionado pela usuária com a fisioterapeuta. Os tratamentos ofertados no Centro de Reabilitação Elizabeth de Sousa Assis, para as mulheres que sofre distúrbios relacionados ao assoalho pélvico são o Treinamento Muscular, podendo ser de forma individual (cone vaginal) ou em grupo; a Uroterapia, que consiste em um controle da ingesta correta de líquido e alimentos. Esse é realizado em conjunto com outros profissionais, como a nutricionista e a psicóloga. A Eletroestimulação como a utilização de eletrodos vaginais ou de superfície; e, quando a pessoa não tem consciência da contração do assoalho pélvico, se emprega o Biofeedback um método de reeducação que utiliza a retroinformação externa como meio de aprendizagem.

Para que cada usuária se sinta à vontade para atuar amplamente em seu tratamento, o acolhimento é fundamental. Dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) já se propõe a importância de receber o usuário de forma que esse se sinta abraçado pela equipe que o assiste, firmando a relação entre profissionais e usuários do SUS com base nos preceitos de universalidade e integridade, caracterizados pelo reconhecimento do usuário como sujeito,

como o participante ativo do processo de produção de saúde, onde pode e deve ser o autor principal (Brasil, 2012).

Acolher é uma prática inerente ao comportamento humano, nem sempre é fácil realizar. Para orientar o caminho, no ano de 2006, o Ministério da Saúde lançou o Livro "Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde" que visa ampliar o nosso horizonte quanto à temática, nos levando a refletir como nós, profissionais de saúde, nos sentimos em relação ao trabalho que executamos, como somos acolhidos e como podemos acolher o usuário. Mais do que um sorriso no rosto, praticar o acolhimento exige boa vontade e dedicação para o envolvimento com a necessidade e dor do outro (Brasil, 2006).

Observamos que, após alguns meses de atendimento do médico ginecologista, a busca pelo serviço de fisioterapia pélvica continuava pequena em relação ao número de usuárias atendidas pela ginecologia. Algumas usuárias, mesmo com o encaminhamento, não buscavam tratamento para as disfunções do assoalho pélvico. Para vencer esse tabu, no ano de 2023, criou-se o Grupo de Fisioterapia na Saúde da Mulher, composto por usuárias e profissionais de fisioterapia, que se reúnem todas às terças-feiras no CER Elizabeth de Sousa Assis. Esse grupo tem como objetivo envolver todas as mulheres na faixa etária de 15 anos em diante, incluindo as não patológicas. Como forma de propaganda do grupo realizamos educação em saúde em várias repartições públicas, como nas Unidades Básicas de Saúde, polos na Zona Rural, escolas e Centro dos Idosos.

A fisioterapia pélvica feminina vem ganhando espaço e derrubando tabus e preconceitos. O município de Silves promove a oportunidade de tratamento das doenças do assoalho pélvico pelo SUS. A cada dia, mais mulheres buscam o atendimento. Podemos destacar que, no ano de 2022, 275 mulheres fizeram consulta ginecológica, dessas, 11 mulheres fizeram fisioterapia individual e duas usuárias fizeram cirurgia (colpoperineoplastia). No ano de 2023, 910 mulheres fizeram consulta ginecológica, dessas, 16 delas fizeram a fisioterapia individual e cinco usuárias fizeram cirurgia (colpoperineoplastia).

No ano de 2024, 452 mulheres fizeram consulta ginecológica, dessas, 14 estão em tratamento de fisioterapia individual. No atendimento em grupo, 16 mulheres participam ativamente.

Grupo de Fisioterapia na Saúde da Mulher Caboquenas

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes de saúde devem promover atenção integral, contínua e organizada à população dentro de seu território, com base nas necessidades sociais e de saúde de seus usuários. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, onde possam ser promotores de seus próprios cuidados preventivos, estabelecendo um conjunto de cuidados dentro da rede de atenção à saúde (Brasil, 2012).

Segundo o Cadernos Humaniza SUS, volume 2:

> Grupos são uma ferramenta de trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS) que podem auxiliar os profissionais na promoção de saúde por propiciar espaço de troca de experiências e informações, favorecendo aprendizagens e reflexões sobre o processo de saúde-doença, estimulando assim, a transformação de atitudes e crenças, por muitas vezes, firmemente arraigadas do usuário e levando ao aumento de habilidades de lidar com seus problemas provocando o autocuidado. Os grupos podem propiciar a formação de um espaço para criação ou fortalecimento de redes sociais e de experimentação de novas formas de viver (Brasil, 2010).

Com o intuito de uma abrangência maior da população feminina optamos por formar um grupo aberto, no qual todas as mulheres podem se sentir à vontade para participar, sejam elas portadoras de alguma patologia ou não, sem a obrigatoriedade de vir regulamente, sendo livre a permanência. Dessa forma, temos um grupo em constante movimento e podemos afirmar que temos neste espaço 21 usuárias que participam ativamente (Figuras 1 e 2).

O objetivo do Grupo de Fisioterapia na Saúde da Mulher Caboquenas é falar abertamente sobre os desafios de ser mulher, tratar e prevenir as patologias do assoalho pélvico. De início, ouve uma inibição por parte das mulheres, mas, aos poucos, com as rodas de conversas que antecedem os exercícios, as usuárias passaram a verbalizar as suas problemáticas e, juntas, serem fonte de apoio e encorajamento. Quando alcançam evoluções favoráveis em seu tratamento, as mesmas passam a dividir suas conquistas, ampliando a sensibilização pela problemática do outro e fortalecendo a vida em comunidade.

Figuras 1 e 2. Grupo de Fisioterapia na Saúde da Mulher Caboquenas: atividade com exercícios de Kegel.

Fonte: Acervo autoras, 2024.

Contanto suas histórias

Ametista

Ametista, 45 anos, casada desde os 14 anos, 4 filhos, sempre viveu em área ribeirinha. Ama tratar a terra, cultivar e pescar. Relata que a primeira vez que sentiu que perdia urina estava carregando o motor rabeta do bote para a terra. Achou, em princípio, que a força empregada tinha sido grande e que já estava com vontade de ir ao banheiro, por isso, ter o escape de urina. Seu sofrimento foi ampliando quando ela passou a ter escapes fazendo qualquer atividade, não conseguia mais viver sem usar absorvente, passou a evitar contato íntimo com

o esposo, que chegou a acusá-la de traição. Para evitar atritos, ela passou a optar por manter relações sexuais com seu esposo sempre dentro do rio, para que ele não percebesse a perda de urina. Usava a desculpa que os filhos já estavam maiores e para preservar a intimidade, seria melhor namorar quando iam pescar. A intimidade, junto ao seu companheiro, deixou de ser algo prazeroso e passou a lhe causar sofrimento. Ao ouvir uma palestra sobre a fisioterapia pélvica se sentiu motivada a fazer o tratamento, não imaginava que pudesse ter cura. Após 5 meses de tratamento a mesma passou a controlar a micção. Depois de quase 4 anos de sofrimento, a intimidade com seu esposo voltou a regularidade de afeto dentro do quarto. Ela relata que não se sente à vontade para contar ao esposo o que ela sentiu por anos. Para ele, o seu tratamento de fisioterapia é por dores na região lombar.

Turquesa

Turquesa, 38 anos, solteira, 2 filhos, veio em busca de tratamento encaminhada pelo médico ginecologista, relata que a fisioterapia pélvica transformou a sua vida porque ela vivia com medo de passar por constrangimento. Deixou de praticar exercício físico, que era a sua grande paixão, porque não podia fazer nenhum esforço por mais simples que fosse, como um simples espirro que a urina já descia. Passava a maioria do tempo usando absorvente e isso provocava desconforto intenso. Relata que é muito grata por ter conhecido a fisioterapia pélvica. Com o tratamento, restaurou a sua dignidade e a sua autoestima e, emocionada, diz que "a transformação foi além de parte física, foi uma redescoberta pela alegria de viver". Hoje ela pode dizer que conhece seu corpo e controla seus desejos, não sendo mais dominada pela incontinência urinária que não permitia que ela vivesse amplamente.

Opala

Opala, 58 anos, viúva, 5 filhos, chegou ao atendimento de fisioterapia pélvica após realizar uma cirurgia de histerectomia total encaminhada pela médica da Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatou que não conseguia

controlar a vontade de urinar que, quando ela pensava em ir ao banheiro, já estava urinando. Uma mulher alegre e cheia de vida, se viu refém da micção de urgência, passou a usar absorvente e não conseguia mais praticar o Carimbó. Entristecida pela perda do esposo, agora sentia a ausência das suas amigas de dança. De início, teve muita vergonha de usar os cones vaginais. Relata que, em sua mente, estava fazendo algo errado. O acompanhamento da psicóloga foi fundamental para ela aderir definitivamente o tratamento. Hoje sua vida está completamente transformada, após 2 anos de tratamento, afirma que os exercícios serão para a vida toda, que não imagina como seria vida dela se não tivesse encontrado o tratamento correto.

Diamante

Diamante, 61 anos, casada, 3 filhos, foi em busca do atendimento de fisioterapia depois de uma amiga que já fez o tratamento confidenciar as melhorias que estava tendo. Relata que, por mais de 12 anos sentia dores ao manter relações sexuais com o esposo, que fugia dele quando ele a procurava e que, por várias vezes, tomou medicamentos e fez asseios íntimos em busca de aliviar as dores. Apesar de ter um casamento feliz e duradouro, nunca contou para o esposo o que sentia. Quando ele perguntava o que ela tinha sempre dizia que era "dor de cabeça". Quando a neta foi morar com eles, foi um alívio pois colocava a criança para dormir no quarto, o que impedia investidas de seu esposo. Ela afirma que a fisioterapia pélvica foi um divisor de águas, uma transformação completa da vida pessoal e íntima, que "nem quando eram mais jovens, como casal, foram tão felizes e íntimos". Após muito tempo, ela relata que criou coragem contando para o esposo o que sentia e como seu sofrimento era intenso antes de fazer a fisioterapia pélvica. O esposo, solidário, disse que sentia muito por ela ter vivido tantos anos sofrendo. Segundo Diamante, a maior alegria dela é perceber que as dores passaram e que não precisará mais ter segredos com seu companheiro de vida.

Considerações Finais

A fisioterapia pélvica como terapia de fortalecimento do assoalho pélvico ajuda a prevenir e tratar distúrbios cinético-funcionais da pelve humana sendo uma grande aliada à saúde da mulher. Seus benefícios são inúmeros, tanto físicos, como psicológicos. As mulheres aprendem a contrair e relaxar a região pélvica, alongar músculos tensos e fortalecer os fracos, melhorar a flexibilidade, prevenir doenças, além de preparar o períneo para atividades sexuais sem desconforto.

O município de Silves se destaca no cenário nacional. Em uma pesquisa realizada no Distrito Federal, constatou-se que 90,64% das mulheres nunca procuraram a fisioterapia, apesar de terem sintomas, e menos de 5% das mulheres patológicas conseguem tratamento pelo SUS (de Andrade *et al.,* 2023). Estamos derrubando algumas barreiras de preconceito e tabus milenarmente incorporados à saúde da mulher e transformando vidas por resgatar a dignidade de viver sem sofrimento.

As mulheres, protagonistas de suas vidas, caminham a cada dia para o completo conhecimento do seu corpo e de suas vontades. Falam abertamente sobre os seus temores e desconfortos. Durante esse percurso, por muitas vezes, nos envolvemos emocionalmente com as usuárias, vivenciando junto a elas seus temores e dificuldades, apesar de sermos mulheres, exigiu bastante estudo e pesquisa para ampliar nossos conhecimentos de como tratar as patologias do assoalho pélvico.

A vivência no Grupo de Fisioterapia na Saúde da Mulher Caboquenas, abriu os nossos horizontes. Nele, as usuárias com a ajuda dos profissionais da fisioterapia e apoio da equipe multidisciplinar, aprendem que não são as únicas que tem algum transtorno no assoalho pélvico, que existe tratamento e que nenhuma delas precisa enfrentar calada e sozinha. Temos a certeza de que, em breve, a Fisioterapia Pélvica será amplamente conhecida e fará parte da rotina de cuidados femininos.

Referências

Ataide, A. S., Andrade, S. R. S., Souza-Filho, L. F. M., Casa, N. L. L., Aires, A. K. R., Matos, M. W., Lima, J. B. S., Magalhães, F. G., Oliveira, L. N. & Silva, M. J. R. (2021, Jan – Jul). Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Primária. RRS-FESGO, 4(1), 133-138.

Baracho, E. (2018). Fisioterapia aplicada à saúde da mulher .6a ed. Guanabara Koogan, pp. 246-254. Rio de Janeiro, RJ.

Braga, C. (2021). Silves: cidade risonha – Antologia Poética. Reggo, Manaus, AM.

Brasil. (2006). Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. (2010). Cadernos Humaniza SUS; v. 2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.1ª edição.

Buzo, D., Cruz, N., & Garbin, R. D. F. (2017). A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na satisfação sexual feminina. Faculdade de Fisioterapia, Faculdades Integradas de Fernandópolis, Fernandópolis, SP, Brasil.

CONFITO. (2011). Resolução N°. 401/2011 – Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e dá outras providências. Recuperado de: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164

Cornwall, A. (2018). Além do "Empoderamento Light": empoderamento feminino, desenvolvimento neoliberal e justiça global. Cadernos pagu, (52), e185202.

de Andrade, J. A., Costa, L. L. L., da Cruz Cavalcante, S., & de Sousa Silva, C. E. (2023). Conhecimento feminino sobre a fisioterapia pélvica na atenção primária. Research, Society and Development, 12(12), e95121244132-e95121244132.

IBGE (2022). Recuperado de: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/silves/panorama

IBGE (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro, RJ: Autor. Recuperado de: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/silves/panorama.

Brasil (2024). Ministério Da Saúde. CNES. Recuperado de: https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp

Nagamine, B. P., da Silva Dantas, R., & da Silva, K. C. C. (2021). A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher. Research, Society and Development, 10(2), e56710212894-e56710212894.

Portes, L. H., Caldas, M. A. J., de Paula, L. T., & Freitas, M. S. (2011). Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Revista de APS, 14(1).

Gestantes vivendo com HIV: o trabalho para eliminar a transmissão Vertical no município de Tefé, AM

Sandra Caroline Pereira Machado
Patrizia Gonçalves de Araújo Pires
Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Apresentação

O município de Tefé, localizado na região de Saúde do Triângulo, no Médio Solimões, a 516 km de Manaus, é acessível por via fluvial e aérea, e se destaca por sua localização central na Amazônia Internacional. Com uma população estimada em 139.086 habitantes, Tefé registra 191 pessoas vivendo com HIV, vírus responsável pela AIDS.

A transmissão vertical do HIV, definida como a transferência do vírus da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação, configura-se como um dos principais desafios no enfrentamento global da epidemia de HIV/AIDS. Apesar dos avanços substanciais na prevenção e tratamento, essa modalidade de transmissão continua a ser uma preocupação significativa, especialmente em contextos caracterizados por restrições de recursos e desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

A eliminação da transmissão vertical é não apenas uma meta crucial para a proteção da saúde infantil, mas também um imperativo para o cuidado integral das mulheres vivendo com HIV, contribuindo para a redução sustentada da incidência do HIV na população (Costa *et al*., 2021; Vilhaba *et al*., 2021).

Nas últimas décadas, a implementação de políticas públicas de saúde e o desenvolvimento de intervenções biomédicas, como a terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação, a realização de partos assistidos, e a substituição

da amamentação por fórmulas infantis, têm demonstrado alta eficácia na mitigação da transmissão vertical do HIV. No entanto, a efetividade dessas medidas depende de um acompanhamento clínico rigoroso e interdisciplinar, que também leve em consideração os desafios psicossociais enfrentados por gestantes vivendo com HIV. Tais desafios exigem uma abordagem que transcenda os aspectos estritamente biomédicos, integrando ações que promovam o bem-estar emocional e a adesão ao tratamento (Brasil, 2017).

A terapia antirretroviral (TARV) é o pilar central na prevenção da transmissão vertical do HIV. Seu uso durante a gestação permite o controle da carga viral materna, reduzindo significativamente o risco de transmissão para o bebê. Quando administrada corretamente, a TARV pode suprimir a replicação do vírus a níveis indetectáveis, tornando a transmissão praticamente inexistente.

Para alcançar esse resultado, é necessário um acompanhamento contínuo, que avalie regularmente a eficácia do tratamento e a adesão da gestante. A TARV, combinada com outras intervenções, como o monitoramento da carga viral e o planejamento adequado do parto, tem transformado o cenário da prevenção da transmissão vertical, permitindo que gestantes vivendo com HIV tenham gestações seguras e que seus filhos nasçam livres do vírus (Brasil, 2017; Trindade *et al.*, 2021).

As medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde para a transmissão vertical do HIV são fundamentais para garantir a saúde de gestantes e crianças expostas ao vírus, com destaque para a testagem para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) durante o pré-natal, nos primeiros e terceiros trimestres da gestação. O uso de terapia antirretroviral profilática é essencial antes, durante a gravidez e no momento do nascimento, assim como a realização de cesariana para mulheres com carga viral desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão no parto.

Figura 1. Visita Domiciliar.

Fonte: Aldemir Jânio, 2022.

Além disso, recomenda-se a substituição do leite materno por fórmula láctea para evitar a transmissão do HIV, além do uso de zidovudina e outros fármacos para prevenir pneumonia em recém-nascidos. Desde 2000, a notificação de casos no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN) é obrigatória, garantindo o registro e monitoramento de todos os casos.

Embora grande parte dessas medidas tenha sido implementada, ainda há fragilidades, especialmente no acompanhamento de gestantes e crianças que residem fora da capital, onde há uma diferença temporal significativa entre o diagnóstico e a admissão no serviço de atenção secundária, além de lacunas nos registros de sorologia para HIV nos prontuários (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Este relato de experiência tem como objetivo discutir as práticas e abordagens desenvolvidas no cuidado de gestantes vivendo com HIV, com foco na eliminação da transmissão vertical. O acompanhamento contínuo e multiprofissional, com apoio emocional e intervenções educativas, observamos um impacto significativo na adesão ao tratamento e na saúde materno-infantil. Este relato surge do sucesso no acompanhamento de crianças expostas ao HIV, que, graças a um cuidado rigoroso, não receberam diagnóstico positivo,

desafiando o preconceito de que mulheres com HIV (PVHIV), não poderiam engravidar com segurança. Tal êxito reflete a implementação dos protocolos de manejo do Ministério da Saúde, demonstrando a importância de um cuidado bem coordenado que tem transformado a realidade dessas mulheres e de seus filhos.

A experiência do trabalho em Tefé

A condução do pré-natal em Tefé tem como ponto central o diagnóstico precoce do HIV, preferencialmente logo no início da gestação, permitindo a implementação de intervenções preventivas adequadas. Como uma condição crônica tratável, o HIV requer o controle rigoroso da carga viral para garantir a segurança da gestante. O início da gravidez em boas condições de saúde é essencial, e para isso é crucial a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), acompanhada de suporte emocional. Participar de rodas de gestantes e grupos de apoio também é incentivado, proporcionando um ambiente acolhedor onde as mulheres podem receber orientações e apoio psicológico, além de ajudar a combater o estigma do HIV (Trindade *et al.*, 2021).

O tratamento antirretroviral tem sido uma das ferramentas mais eficazes na prevenção da transmissão vertical do HIV. A terapia suprime a replicação viral na gestante, mantendo a carga viral indetectável e, consequentemente, reduzindo significativamente as chances de transmissão para o bebê. O uso de profilaxia tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, combinado com inibidores de lactação, compõe um conjunto de medidas preventivas eficazes. Esse cuidado não apenas protege a saúde da mãe e da criança, mas também quebra preconceitos sociais, demonstrando que a maternidade em mulheres vivendo com HIV pode ser segura com o acompanhamento correto.

Figura 2. Consulta de Pré-natal.

Fonte: Patrizia Pires, 2022.

Em Tefé, a avaliação dos fatores de risco é decisiva para o sucesso das intervenções. As mulheres já diagnosticadas com HIV, que estão em uso de TARV e apresentam carga viral indetectável, necessitam de monitoramento clínico contínuo e medidas profiláticas adequadas durante o parto. Já aquelas diagnosticadas durante o pré-natal ou no parto exigem atenção imediata, com início rápido do tratamento antirretroviral para minimizar os riscos de transmissão. A equipe de saúde local, composta por profissionais capacitados, atua de forma eficaz para garantir que todas as intervenções necessárias sejam realizadas com rapidez e precisão.

Um dos principais recursos utilizados para garantir o cuidado integrado é o formulário de resumo de alta de criança exposta ao HIV, que facilita a comunicação entre o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a Atenção Básica e a Maternidade. Esse instrumento assegura que todas as fases do cuidado, do diagnóstico ao acompanhamento pós-natal, sejam bem coordenadas.

Além disso, fluxogramas foram adotados para padronizar as intervenções, garantindo que os profissionais de saúde estejam preparados para o manejo de gestantes vivendo com HIV e seus recém-nascidos. Esse sistema de cuidado integrado tem sido fundamental para a redução da transmissão

vertical no município, assegurando que as crianças expostas ao HIV possam crescer saudáveis e livres da infecção.

A implementação rigorosa do protocolo de manejo do Ministério da Saúde foi fundamental para garantir a eficácia das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV. O protocolo orientou cada etapa do cuidado, desde o diagnóstico precoce durante o pré-natal até o acompanhamento pós-parto, proporcionando uma abordagem sistemática e coordenada.

Parte central desse processo foi a capacitação intensiva dos profissionais de saúde, principalmente aqueles envolvidos diretamente no manejo de gestantes no momento do parto. Essas capacitações focaram não apenas no conhecimento técnico, mas também no desenvolvimento de habilidades para lidar com a complexidade emocional e os desafios psicossociais enfrentados por mulheres vivendo com HIV. Por meio de simulações, treinamentos práticos e discussões de casos, os profissionais puderam aperfeiçoar suas competências e adquirir segurança na condução dos casos mais delicados. Essas capacitações garantiram que todos os envolvidos estivessem aptos a seguir os fluxogramas de prevenção da transmissão vertical, desenvolvidos de acordo com as recomendações mais recentes do Ministério da Saúde e adaptados à realidade local.

Os fluxogramas, que detalhavam as etapas do cuidado desde a admissão da gestante na maternidade até os cuidados neonatais, foram instrumentos essenciais para assegurar que cada profissional soubesse exatamente como proceder em diferentes cenários, reduzindo a margem para erros ou inconsistências no manejo clínico. A padronização dos procedimentos com base em evidências científicas promoveu uma uniformidade no cuidado, assegurando que todas as gestantes e seus recém-nascidos tivessem acesso ao melhor tratamento possível, independentemente do nível de complexidade do caso.

Além da abordagem técnica, houve também um esforço significativo em garantir que os profissionais compreendessem a importância de um atendimento humanizado e acolhedor. Mulheres vivendo com HIV muitas

vezes enfrentam estigmas sociais e emocionais, que podem impactar sua adesão ao tratamento e a confiança no sistema de saúde.

A educação permanente abordou as questões como a empatia, a comunicação eficaz e o suporte psicológico, que são componentes essenciais para garantir que essas gestantes se sintam seguras e apoiadas durante todo o processo. A abordagem holística, que integrava cuidados clínicos e suporte emocional, foi crucial para o sucesso da experiência, garantindo não apenas a saúde física das gestantes e seus bebês, mas também o bem-estar mental e emocional de todos os envolvidos.

A aplicação desses fluxogramas e a capacitação contínua dos profissionais refletiram o compromisso do município em seguir os mais altos padrões de cuidado e garantir a sustentabilidade dos resultados alcançados. Isso se traduziu em uma redução significativa da taxa de transmissão vertical do HIV, evidenciando que, com uma abordagem estruturada e colaborativa, é possível alcançar resultados expressivos mesmo em regiões com recursos limitados.

A escolha da via de parto no contexto das gestantes vivendo com HIV foi cuidadosamente planejada com base no prognóstico individual de cada pessoa, levando em consideração o risco de transmissão vertical. Esse planejamento envolveu a realização de monitoramentos rigorosos durante o pré-natal, com foco na carga viral, adesão à terapia antirretroviral (TARV), exames laboratoriais detalhados e administração de inibidores de lactação quando necessário.

A profilaxia foi aplicada de forma sistemática antes do parto, durante o acompanhamento da gestante, e no recém-nascido, com a profilaxia de 28 dias, além de um seguimento ambulatorial especializado com médico infecto-pediatra, garantindo a continuidade do cuidado após o nascimento. O acompanhamento multidisciplinar oferecido às gestantes vivendo com HIV, atendidas pelo Programa de Controle de Transmissão Vertical (CTA), foi uma das bases mais sólidas para o sucesso na redução da transmissão do vírus. As gestantes não foram excluídas das atividades promovidas pelas

Unidades Básicas de Saúde (UBS), como rodas de gestantes, onde puderam compartilhar experiências e receber informações relevantes para o preparo durante a gestação.

Nesses encontros, profissionais de diversas áreas, como Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Fisioterapia, participaram ativamente na promoção da educação em saúde. As atividades foram essenciais não só para informar sobre os cuidados durante a gravidez, mas também para apoiar emocionalmente as mães, especialmente as de primeira viagem, que enfrentam desafios únicos.

Figura 3. Roda de Gestante.

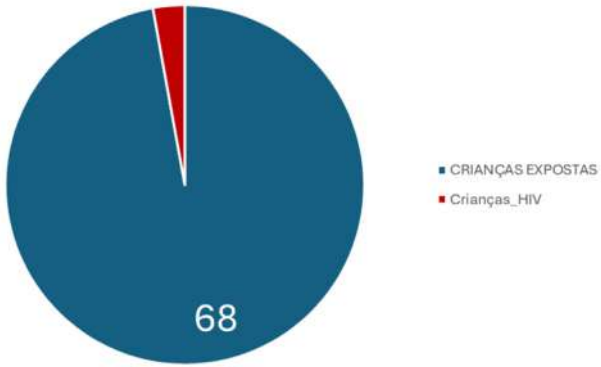
Fonte: Flaviane Gonçalves, 2022.

Entre os anos de 2000 e 2020, o município de Tefé acompanhou 68 crianças expostas ao HIV. Desse total, apenas dois casos foram classificados como de alto risco para transmissão vertical, mas ambos resultaram em desfechos positivos, sem a infecção das crianças. Até 2023, cinco crianças ainda sob monitoramento completaram o período de acompanhamento de 18 meses e receberam alta sem diagnóstico de HIV. Esses resultados refletem o compromisso contínuo da equipe de saúde com a implementação de políticas públicas bem estruturadas e a adoção de intervenções precoces e baseadas em evidências.

A experiência acumulada ao longo dos anos no município de Tefé evidencia que o sucesso na prevenção da transmissão vertical do HIV não se

resume apenas ao uso adequado de medicações e intervenções biomédicas. O cuidado deve ser integral, abrangendo tanto o monitoramento da carga viral e a TARV quanto um olhar atento às necessidades psicossociais das gestantes.

Gráfico 1. Crianças expostas entre 2000 e 2020, segundo Município de residência Tefé.



Fonte: Dados levantados do Programa IST/AIDS e HV do Município de Tefé.

Muitas mulheres enfrentam um cenário de vulnerabilidade emocional e medo, não apenas pelo processo natural da gestação, mas também pelas implicações de viver com HIV. Por isso, o apoio psicológico e a promoção da equidade no cuidado são tão importantes quanto os aspectos clínicos do tratamento.

As medidas preventivas eficazes, como diagnóstico precoce e intervenções rápidas, aliadas a um acompanhamento contínuo e humanizado, possibilitam o avanço na eliminação da transmissão vertical do HIV. A experiência de Tefé demonstra que, com políticas públicas bem articuladas, equipes multidisciplinares capacitadas e intervenções precoces, mais mulheres e crianças podem viver livres do impacto dessa infecção, com saúde e dignidade asseguradas.

Considerações Finais

A experiência aqui relatada comprova que a eliminação da transmissão vertical do HIV é uma meta tangível, quando há uma articulação eficaz entre intervenções clínicas e abordagens psicossociais, sustentadas por uma rede

de cuidados multiprofissional. O êxito das ações desenvolvidas em Tefé está diretamente relacionado à adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), que, junto ao monitoramento contínuo e à aplicação de protocolos clínicos, tem permitido que gestantes vivendo com HIV possam ter gestações seguras, resultando no nascimento de crianças livres do vírus.

A abordagem humanizada, que vai além do tratamento médico, também se mostrou vital, ao oferecer apoio emocional e psicológico às gestantes, promovendo um ambiente de acolhimento e cuidado integral. Adicionalmente, a experiência demonstrou que o fortalecimento de políticas públicas voltadas à prevenção e à capacitação contínua dos profissionais de saúde é essencial para garantir a sustentabilidade dos resultados alcançados.

A formação de equipes preparadas para lidar com as especificidades do manejo clínico e psicossocial de gestantes vivendo com HIV foi um dos pilares do sucesso na implementação das ações preventivas. As capacitações periódicas e o envolvimento de diferentes atores da rede de saúde contribuíram para criar um ambiente colaborativo, onde o conhecimento técnico e a sensibilidade no trato com essas mulheres foram constantemente aprimorados.

O impacto da experiência em Tefé reforça a importância de expandir esse modelo de cuidado para outras regiões, especialmente aquelas com acesso limitado a serviços de saúde especializados. A replicação dessa estratégia, com as adaptações necessárias às realidades locais, poderia contribuir para a redução expressiva dos índices de transmissão vertical do HIV em áreas mais remotas. Além disso, o monitoramento contínuo e a avaliação dos resultados são fundamentais para identificar desafios emergentes e ajustar as práticas, garantindo que o progresso não seja interrompido.

Concluímos que a eliminação da transmissão vertical do HIV não é uma questão de viabilidade técnica, mas uma responsabilidade compartilhada por toda a sociedade. A promoção da saúde e da dignidade das mulheres vivendo com HIV e de seus filhos é um compromisso que deve ser assumido por profissionais de saúde, gestores, e a comunidade em geral. É necessário

que haja uma mobilização em torno da saúde reprodutiva dessas mulheres, assegurando que elas recebam um cuidado equitativo e abrangente, que atenda tanto às suas necessidades clínicas quanto emocionais.

Contudo, as medidas preventivas adequadas, especialmente a adesão ao TARV e a substituição da amamentação por fórmulas infantis, o risco de transmissão vertical pode ser reduzido para menos de 2%. Esse resultado reflete não apenas o sucesso das intervenções biomédicas, mas também a capacidade de um sistema de saúde eficiente e sensível em responder às demandas complexas que envolvem o cuidado de mulheres vivendo com HIV, garantindo a elas e a seus filhos um futuro mais saudável e promissor.

As lições aprendidas e os desafios enfrentados ao longo desse processo fornecem subsídios importantes para profissionais de saúde, gestores e pesquisadores engajados na prevenção da transmissão vertical do HIV, destacando a relevância de um cuidado integral e humanizado no contexto da saúde pública.

Referências

Brasil, M. da S. (2017). Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf

Costa, G. A. S., Souza, G. L. de, Azevedo, L. M., Silva, M., Lara, V. C. M., & Silveira, V. M. (2021). Perfil epidemiológico da transmissão vertical de HIV no Brasil. Brazilian Journal of Health Review, 4(5), 21049–21059. https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-203

Trindade, L. D. N. M., Nogueira, L. M. V., Rodrigues, I. L. A., Ferreira, A. M. R., Corrêa, G. M., & Andrade, N. C. O. (2021). Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem, 74(suppl 4), e20190784. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784

Vasconcelos, C. S. D. S., Pereira, R. J., Santos, A. F. B. D. S., & Gratão, L. H. A. (2021). Prevention measures for vertical HIV transmission: Monitoring infected pregnant women and exposed children. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 21(1), 207–215. https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100011

Vilhaba, J. J., Moraes, I. D. da S., Lima, I. M., Lima, I. M., Montino, M. C., Anjos, F. C. de Q. S., & Barbosa, P. F. (2021). Transmissão vertical do HIV e pré natal: Uma revisão de literatura. REVISTA CEREUS, 13(1), Artigo 1. http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3313

Inclusão das práticas integrativas e complementares no município de Tefé-AM

Heloise Terezinha Alves Guimarães
Thaís Lorena Mouzinho de Brito
Lecita Marreira de Lima Barros
Mariza Quercio Machado

Conhecendo a "antiga vila de Ega, Tefé"

A história de Tefé revela a ambição territorial da Espanha no Amazonas durante os tempos coloniais, tendo no jesuíta Samuel Fritz um de seus mais notáveis defensores. No final do século XVII, Fritz fundou várias aldeias na região, e Tefé foi uma delas. Em 1759, essa aldeia foi elevada à categoria de vila, recebendo o nome de Ega, e, no mesmo ano, foi criado o município de Tefé. Em 1817, o município de Olivença foi estabelecido a partir do desmembramento do território de Tefé. Posteriormente, em 19 de março de 1855, a Vila de Ega se tornou sede da comarca do Solimões. Em 15 de junho de 1855, pela Resolução Provincial nº 44, a vila foi elevada à categoria de cidade, passando a se chamar Tefé. O nome do município e de sua sede tem origem no termo "Tapibás", o nome da tribo indígena da região, do qual "Tefé" é uma derivação. Depois de Manaus, Tefé foi a primeira localidade no Amazonas a ser reconhecida oficialmente como cidade (Prefeitura de Tefé, 2024).

Tefé exerce uma influência econômica significativa sobre diversas cidades da região, incluindo Alvarães, Uarini, Fonte Boa, Maraã, Jutaí, Carauari, Eirunepé, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá e Tabatinga. O município está localizado cerca de 520 quilômetros de Manaus, capital do Amazonas, sendo a maior cidade da região do médio Solimões com uma população estimada de 73.669 pessoas (IBGE, 2022). A região é conhecida como triângulo, devido os Jutaí, Solimões e Juruá.

Por sua Localização na Amazônia, Tefé desempenha um papel como centro regional, o que lhe confere o título de "Coração da Amazônia". Sua posição estratégica permite que a cidade atenda a diversas necessidades dos municípios vizinhos, que muitas vezes carecem da infraestrutura, e dos recursos que Tefé oferece, destacando se aqui serviços de saúde mais especializados e complexos. Além de ser um núcleo econômico e logístico para a região, Tefé é amplamente reconhecida como o "portão de entrada" para a Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, um Patrimônio Natural da Humanidade tombado pela UNESCO. A reserva é um é uma unidade de conservação dos maiores atrativos da região, proporcionando aos visitantes uma experiência única de imersão na riqueza natural e na extraordinária biodiversidade da Amazônia, onde é possível explorar ecossistemas únicos, observar a fauna selvagem e compreender a importância da conservação Ambiental (Prefeitura de Tefé, 2024)

As Reservas de Desenvolvimento Sustentável (RDS) integram a categoria legal das unidades de conservação que têm como objetivo básico compatibilizar a conservação da natureza com o uso sustentável de parcela dos seus recursos naturais. Essas reservas abrigam populações tradicionais cuja existência baseia-se em sistemas sustentáveis de exploração dos recursos naturais, desenvolvidos ao longo de gerações e adaptados às condições ecológicas locais (Fundo Amazônia, 2024).

O acesso ao município se dá por diferentes tipos de transporte: lanchas rápidas que percorrem os rios da região, barcos tradicionais que oferecem uma viagem mais lenta e panorâmica, ou ainda por via aérea, com voos que proporcionam uma vista privilegiada da floresta amazônica e dos rios que serpenteiam a paisagem. Essas opções de acesso permitem que os visitantes escolham a forma de viagem que melhor se adapta às suas necessidades e preferências, garantindo uma chegada confortável e única ao nosso destino.

Ponto de apoio a saúde

Tefé dispõe de uma rede de atenção primária à saúde bem estruturada e fortalecida, gerida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), sendo composta por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) estrategicamente distribuídas conforme as necessidades do território, garantindo atendimento abrangente tanto para a população urbana quanto para a rural. Além disso, conta com uma UBS Fluvial que leva os serviços de saúde a comunidades ribeirinhas de difícil acesso, às margens dos rios e igarapés.

A UBS Rossini Barbosa Lima, situada no Distrito do Caiambé, uma comunidade localizada às margens do Rio Solimões, realiza na cobertura de saúde de 31 comunidades e sete localidades nas regiões do Caiambé, Rio Solimões e Lago do Caiambé, com uma população estimada de 4.854 residentes. Para garantir um atendimento abrangente e contínuo, os profissionais de saúde são escalados quinzenalmente, permitindo uma cobertura de atendimento contínuo mais eficaz para a população local.

A UBS Irmã Adonai está localizada no centro da cidade de Tefé, onde atende a zona urbana e as comunidades flutuantes e ribeirinhas do Lago de Tefé e da costa de Tefé. A equipe é itinerante, realizando visitas regulares para levar os cuidados de saúde a essas áreas. A UBS São Francisco tem uma equipe itinerante que abrange 23 comunidades, incluindo locais como Estrada da Agrovila, Emade, Curupira e outras ao longo do Lago de Tefé com uma população estimada em 3.800 residentes. Esta equipe realiza translados terrestres e fluviais diariamente, assegurando que cada comunidade tanto ribeirinha quanto rural receba atendimento de saúde uma vez por mês. Além dessas unidades, a cidade é atendida pelas UBS São Miguel, Dr. José Lins, Maíra Fachinni, Francisca das Chagas Trindade, Lourival Pires e Josefa Rodrigues das Chagas, que cobrem os diversos bairros da cidade, oferecendo serviços essenciais à população.

A UBS Fluvial Vila de Ega leva os serviços de saúde a 21 comunidades que estão situados nas beiras dos rios e 12 localidades no Lago de Tefé, buscando

a inclusão da população e a acessibilidade aos cuidados de saúde em todas as suas áreas. A rede de saúde de Tefé trabalha atendendo de forma integral não somente a seus pilares da atenção primária, mas à atenção secundária e terciária a cidade conta com atendimentos com especialistas nas diversas áreas de saúde, um hospital que oferece atendimentos para casos de média complexidade e tecnologias de saúde. No âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS) temos as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), sendo uma iniciativa que promove o atendimento integral em todas os territórios, incluindo os mais remotos.

Terapias alternativas como complemento a saúde

A Medicina Tradicional e Complementar – MTC, possui um conjunto de práticas terapêuticas que visualiza o indivíduo como um todo, visando seu o bem-estar físico, mental e espiritual, em busca de promover uma melhor qualidade de vida utilizando meios naturais de tratamento, e as PICS estão incluídas nestes cuidados.

As PICS são práticas de saúde que não fazem parte dos tratamentos de saúde tradicionais ou biomédicos, mas visam promover saúde, prevenir males e atuar na recuperação ou complementar ações que promovam e/ou recuperem a saúde. As PICS incluem práticas de auriculoterapia, acupuntura, homeopatia, fitoterapia dentre outras, e preocupam-se com a abordagem acolhedora, valorizam a relação entre os profissionais de saúde e os usuários, estabelecendo um vínculo de confiança e respeito, entendendo que a saúde do indivíduo está intimamente ligada ao meio ambiente e às relações sociais. Essa visão integral busca um equilíbrio entre corpo, mente, espírito e ambiente, podendo ainda ser utilizada em conjunto com a medicina biomédica, potencializando os resultados (OMS, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece as PICS como ações válidas para o cuidado em saúde. Apesar de não fazerem parte de tratamentos de saúde convencionais, são disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPICS), criada em 2006 e, atualizada em 2018, totalizando 29 práticas integrativas, disponíveis a toda população, embora os tipos de atendimento oferecido variem de região para região.

No Brasil as práticas integrativas têm sido cada vez mais aceitas e disponibilizadas para a população, desde a sua inclusão no SUS. É consenso internacional a avaliação de que as PICS trazem benefícios para a saúde. Portanto, a Secretaria Municipal de Saúde incluiu a oferta das PICS aos usuários e usuárias do SUS no município de Tefé.

Inclusão das PICS na assistência à saúde em Tefé

A introdução das PICS nas práticas de saúde em Tefé teve início com a oferta de formação de dez profissionais da saúde nas atividades de auriculoterapia, incluindo fisioterapeutas, assistente social, farmacêuticos e educadores físicos que atuavam no Núcleo de Apoio a Saúde da Familia (NASF), atualmente Equipes Multiprofissionais (eMulti), aumentando o número de profissionais e aréas de atuação.

O curso disponibilizado foi gratuito e ofertado para profissionais de nível superior da Atenção Básica, disponibilizado a partir de convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no ano de 2019. O curso foi composto por uma 1ª etapa EAD, abrangendo a teoria e uma 2ª etapa, incluindo práticas presenciais. Embora o curso fosse gratuito, a SEMSA – TEFÉ custeou todas as despesas, translados e estadia dos profissionais.

Em julho de 2019 iniciou-se a inclusão das PICS no Município de Tefé, com atendimentos no Centro Especializado em Reabilitação (CER). O público inical era constituído pelos clientes do local e usuários encaminhados pelas UBS, de modo que todas as quintas-feiras ocorriam atendimentos usando as técnicas de auriculoterapia e massoterapia. A oferta dessas práticas aos usuários do SUS proporciona um atendimento mais humanizado.

Após a inserção das PICS em Tefé, percebemos a necessidade de ampliação de acesso e qualificação das PICS nos serviços, como forma de disponibilizar de modo mais amplo a integralidade da atenção à saúde da população. O processo de implantação foi desafiador, pois existia uma resistência de muitos profissionais pelo pouco conhecimento sobre as PICS ou por descrença de seus beneficios como atividade complementar a um tratamento conservador e, por vezes, não direcionavam aos usuários para fazer o uso das mesmas. A resistência dos profissionais à implantação das PICS se devia à preocupação de que essa atividade seria "mais um trabalho" a ser realizado. Com o intuito de incentivar estes e outros profissionais a utilizarem as PICS em suas rotinas de atendimento, decidimos envolvê-los em diversas ações promovidas pelo município, demonstrando na prática os benefícios e a importância dessas técnicas para o público. Assim, conseguimos evidenciar a relevância das PICS e torná-las indispensáveis para o atendimento à população.

Imagem 1. Aplicando auriiculoterapia na ação Outubro Rosa.

Fonte: Pâmela Souza, 2021.

A inclusão das PICS foi tão bem aceita pela população que a demanda rapidamente superou o espaço disponível e o número de profissionais capacitados para atendê-la. Muitos usuários foram encaminhados para os atendimentos segundo recomendação de parentes, amigos e vizinhos que haviam experimentado as práticas e melhorado. Diante desse cenário, conseguimos a adesão cada vez maior dos profissionais, incentivando-os a se tornarem multiplicadores e aplicadores dessas práticas, já que os usuários frequentemente buscavam os serviços e relatavam melhorias no bem-estar geral, como melhor qualidade do sono e sensação de relaxamento corporal.

Após a grande procura pelos serviços das PICS e os relatos positivos da população sobre a melhoria na qualidade de vida, tanto física, quanto mental e emocional, foi necessário capacitar mais profissionais para se tornarem multiplicadores dessas práticas e oferecer uma assistência mais abrangente. Desse modo, foram organizadas diversas oficinas conduzidas por profissionais capacitados nessas técnicas, incluindo práticas, como auriculoterapia, shantala (massagem para bebês), dança circular, ventosa de fogo (uma técnica para relaxamento muscular que se utiliza copo, pinça e algodão com álcool), preparação e uso de chás medicinais, massoterapia e meditação. Cada oficina teve como objetivo não apenas ensinar essas técnicas, mas também promover a adoção de uma abordagem mais holística e integrativa na atenção à saúde, valorizando o bem-estar físico, mental e emocional dos(as) usuários(as) dos serviços.

Com o objetivo de facilitar e expandir o acesso a essas práticas e aproximá-las ainda mais da comunidade, em 2020 foi iniciado o processo de descentralização das PICS para as UBS, abrangendo tanto a zona urbana quanto a rural. Essa descentralização também se estendeu a setores especializados, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e em ações externas de campanhas de saúde.

As queixas predominantes dos atendimentos de usuários na Atenção básica compreendem a saúde mental, incluindo ansiedade, insônia, estresse e tristeza, que frequentemente se manifestam em sintomas físicos, como cefaléias, fadiga muscular e respiratória. Com o início da pandemia em 2020, esses problemas de saúde mental e física se intensificaram significativamente.

O impacto da pandemia agravou os sintomas emocionais já presentes na população, aumentando a frequência e a gravidade das queixas. Esse aumento ocorreu justamente durante o processo de descentralização dos serviços de saúde, quando a rede de atendimento estava se reorganizando para melhor atender a comunidade. A demanda por cuidados para esses problemas cresceu exponencialmente, evidenciando a necessidade de estratégias mais abrangentes e integradas para o manejo das condições psicossomáticas que emergiram nesse período crítico.

Olhando o cenário geral, a disponibilização e aceitação das PICS como estratégia de tratamento pelos usuários do SUS , mostrou-se não apenas benéfica para a qualidade de vida, mas também resultou em uma redução significativa no uso indiscriminado de certos medicamentos. Ao longo do tempo, observou-se uma diminuição na necessidade de fármacos como Torsilax, Clonazepam, Haldol, Fluoxetina, Insonix e Diclofenaco, frequentemente utilizados para tratar dores físicas, ansiedade e insônia. Essa redução foi relatada tanto por profissionais responsáveis de prescrever medicamentos conservadores, quanto pelos próprios usuários.

Durante os atendimentos nas consultas e conversas com os usuários buscavam informações para saber se o uso das PICS traria mudanças nas rotinas, se fazia alguma diferença na sua vida, e muitos relatos diziam que passaram a dormir melhor, que diminuiram o uso de medicamentos e que os medicamentos podiam ser comprados em qualquer drogaria como torsilax, haldol, insonix, dipirona, diclofenaco e entre outros. Ao conversar com alguns

médicos, relataram que a procura de medicamentos para dor foi diminuindo, pois os usuários que faziam uso das PICS percebiam que não havia a necessidade de tal consumo.

Receber feedback de usuários que estavam em tratamento com medicamentos controlados foi uma experiência extremamente gratificante para todos os profissionais envolvidos. Quando esses usuários começaram a relatar que conseguiram reduzir as doses de medicamentos para insônia e ansiedade, sob a orientação de seus médicos psiquiatras, a emoção foi gigantesca. Esse progresso não apenas refletiu a eficácia do tratamento, mas também demonstrou a importância de investir em abordagem integrada, humanizada e menos farmacológica na saúde mental. Observar a melhora significativa na qualidade de vida desses usuários e, ao mesmo tempo, diminuir a dependência de medicamentos controlados, trouxe uma sensação de realização e esperança a toda a equipe de saúde e que nossos esforços e nosso trabalho estavam rendendo bons frutos.

Nesse cenário, é importante a consolidação e fortalecimento das PICS na atenção primária como um todo, configurando ações de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população como mais uma estratégia terapêutica e promotora de saúde.

A adesão satisfatória às PICS nas práticas de saúde e, visando fortalecer cada vez mais essa estratégia na APS, a Secretaria Municipal de Saúde de Tefé (SEMSA TEFÉ) tem investido continuamente no aperfeiçoamento dos profissionais de saúde. Essa abordagem permite a inclusão de novos multiplicadores capacitados, ampliando o acesso e a efetividade das PICS no município. Atualmente a expansão das PICS vem acontecendo simultaneamente em UBS, campanhas alusivas, projetos de atividade física, para que os(as) usuários(as) do SUS possam ser assistidos de forma integral, em todos os níveis de atenção ao cuidado.

Transformando esforço em sucesso

Em 2020, a fim de mitigar os impactos que a pandemia causou nos trabalhadores, o CEREST tomou a iniciativa de promover o "Projeto de intervenção à saúde física e mental dos trabalhadores no município de Tefé", no qual as PICS foram inseridas para aplicação nos trabalhadores. A realização das PICS nesse contexto ocorreu de forma não invasiva na intenção de deixar cada profissional livre para que se sentisse autorizado para expressar ou não o que aquele momento lhe proporcionou.

Os profissionais que aplicaram as PICS se dividiram em dois grupos: os que aplicavam auriculoterapia e os que usavam relaxamento (massagem relaxante e ventosa de fogo). Ao entrarem nas salas, os participantes eram orientados a deixar o calçado na porta e o celular no silencioso. Inicialmente ao adentrar a sala, já se sentia o aroma e a essência da aromaterapia, música relaxante transmitindo calma, e uma conversa inicial abordando o que iria acontecer.

Depois da prática era oferecido o Chá Medicinal de cidreira ou capim santo para ansiedade, insônia, entre outros benefícios. As luzes apagadas para que os participantes entrassem em relaxamento profundo de meditação, palavras leves e música ao fundo. Após, deitavam-se em decúbito ventral já retirando a blusa e deixando as costas livres para receber massagens de relaxamento. Olhos fechados para que todos se sentissem à vontade, apenas uma luz acesa para realizar as técnicas, sempre mantendo o silêncio e calma. Ao final era realizada a aplicação de auriculoterapia usando protocolo para ansiedade, insônia, estresse e relaxamento físico.

Ao longo do projeto, observamos que os profissionais estavam afetados emocionalmente pela pandemia, com vários relatos de medo, insônia, estresse, tristeza, um misto de sentimentos que cada participante relatava. Momentos em que falavam não haver tempo para cuidar da saúde física, se sentiam sobrecarregados, que não havia um momento de silêncio em suas casas para realizar o relaxamento profundo e que no grupo puderam relaxar, "dormir" e

meditar sobre suas vidas. Alguns relataram que conheciam algumas técnicas e sabiam de seus benefícios, mas queriam conhecer mais, levar para seu ambiente de trabalho. Discorreram sobre chás de ervas diversas, disseram que não sabiam para que serviam e se sentiram instigados a buscar conhecer sobre os saberes tradicionais e resgatar esses remédios naturais. Relataram ainda, que muitas vezes optavam por fazer uso irracional de medicamento para qualquer algias. Muitos se emocionaram conhecendo as PICS e terem se sentido cuidados naquele momento, despertando a vontade de cuidar da saúde e adotar hábitos mais saudáveis.

Pediram por capacitações para realizar em seus ambientes de trabalho, que o projeto pudesse ocorrer mais vezes para terem esse momento somente para si. Importante salientar a resistência da maioria dos profissionais da Secretaria de Educação e Polícia Militar ao expressar sentimentos e emoções, pontuando a necessidade de mais encontros para trabalhar a carga emocional, física e energética.

Foram atendidos 455 profissionais, no período de setembro a outubro de 2020, pertencentes às Secretarias de Saúde, Administração, Educação, Assistência Social, Educação, Esporte e Cultura e Polícia Militar. As equipes que realizavam a intervenção, embora já tivessem se deparado com relatos similares em outros momentos, se emocionaram. Muitos dos participantes eram colegas de trabalho, sentiram empatia e se sensibilizaram com o processo. Essas experiências demonstraram como a potência do trabalho com PICS pode afetar positivamente uma pessoa, fazê-la sentir-se agradecida por ter contribuído para melhorar a qualidade de vida, levando conhecimento aos profissionais que participaram do projeto. "Eu nunca esqueci estes momentos e me sinto feliz por ter feito um pouco melhor a vida destes profissionais".

Quando transformamos aos relatos de melhoria da qualidade de vida e bem estar em números, podemos analisar estes dados na base de dados do ESUS Municipal e TABNET Nacional. No período de julho a dezembro de 2019, foram realizados 1694 procedimentos, denotando nossos esforços e

aceitação do público no ano de sua implantação. Em 2020, o primeiro ano das atividades em sua integralidade, com a descentralização das PICS para as UBS, contabilizaram-se 5376 procedimentos. No ano seguinte, 2021, houve um aumento para 8234 procedimentos, fazendo um paralelo com o ano anterior observamos um aumento equivalente a 53% da oferta do serviço das PICS, demonstrando por meio dos quantitativos de atendimentos crescentes, que a implantação das PICS foi um sucesso e teve grande adesão dos usuários do SUS. Entre 2019 e 2022, foram realizados 29737 procedimentos de PICS, sendo 30% referentes à auriculoterapia, 14% massoterapia e 56% outras PICS. Esses números, no entanto, podem ser subestimados, pois não foram considerados os atendimentos realizados na rede privada, que também contribuem significativamente para o acesso da população a essas práticas.

Em suma, percebemos que após as novas formações profissionais, nossos atendimentos abrangeram também o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Hospital Regional de Tefé (HRT), com isso alcançamos 14433 procedimentos em 2022, que equivale ao aumento de 75% comparado ao ano anterior.

De 2019 até junho de 2024 foram registrados 58629 procedimentos, de acordo com o sistema e-SUS municipal e o TABNET nacional. No entanto, conforme mencionado anteriormente, esses números provavelmente são maiores que o real, considerando tanto os atendimentos realizados fora do sistema público quanto as situações em que, por diferentes motivos, os profissionais não conseguem registrar todos os procedimentos.

A inclusão das PICS nas UBS, CAPS e CEREST, além de outras ações promovidas tanto pela SEMSA quanto por instituições públicas e privadas em todo o município, demonstra claramente a importância e o impacto positivo dessas práticas. Os resultados obtidos são um reflexo direto do suporte contínuo da SEMSA aos profissionais de saúde, que têm se empenhado em expandir e implementar as PICS com eficácia e dedicação. Esse apoio tem sido fundamental para que esses profissionais possam avançar com o trabalho,

garantindo o acesso e a aplicação de métodos inovadores que proporcionam benefícios significativos à população.

O modelo de cuidado integrado tem se mostrado essencial na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, ao proporcionar um atendimento mais integral e centrado na pessoa, evidenciando a eficácia das PICS em atender às necessidades complexas e diversificadas da população. Com os impactos positivos já observados através da quntidade de atendimentos mencionados, espera-se que o trabalho realizado impulsione um maior reconhecimento das PICS em diversos setores da sociedade, como associações comunitárias, escolas, núcleos religiosos e outros espaços. Assim, será possível estabelecer metas claras e objetivos específicos, melhorando indicadores de saúde e promovendo um modelo de cuidado mais sustentável e integrado.

Um depoimento pessoal

A minha formação foi diferenciada, pois desde 2018, já realizava cursos particulares em técnicas como ventosaterapia, acupuntura, craniopuntura, auriculoterapia, entre outros. O objetivo sempre foi ampliar as habilidades profissionais. Embora tenha buscado especialização em diversas técnicas, inicialmente, mesmo não sabendo, já aplicava de forma indireta, métodos reconhecidos como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Hoje, ao refletir sobre essa trajetória, percebo com emoção que, desde o início, meu enfoque sempre foi oferecer cuidado integral, levando em conta as dimensões física, mental e emocional de cada pessoa.

Relato experiências que tive e ainda tenho em cada atendimento, além de ações e locais que passei no decorrer deste processo enriquecedor. Não houve um dia no qual em quaisquer atendimentos, as práticas integrativas não tenham estado incorporadas. Quando realizava uma visita domiciliar, em uma reunião, nas ações em programas de saúde, nas rodas de conversas é como se as PICs estivessem intrinsecamente dentro de mim. Qualquer oportunidade

ou necessidade de estar realizando alguma prática, individual ou em grupo, eu já estava usando as PICS e nem percebia.

Inúmeros pessoas me deram retorno: melhora no sono, diminuição da ansiedade, das dores musculares, do estresse, de cefaleias e entre outros, recordo de um atendimento em que o cliente relatou sobre seu desempenho sexual, falta de libido que afetava sua autoestima, causando estresses diários. Realizei com ele protocolos de auriculoterapia uma vez por semana. Imagine minha alegria quando, certo dia ele me chama e diz: "Drª funcionou e funcionou muito bem o negócio", eu sorri e fiquei tão feliz, pois em alguns momentos sentia dúvidas, porém naquele momento percebi que devo continuar com meu trabalho junto com minha profissão de base. Os saberes tradicionais e científicos andam juntos, um complementando o outro para um olhar mais global.

Na rede do SUS já atuei no CER, Hospital Regional de Tefé Carlos Bragda (HRT), NASF e CEREST. Em atendimentos realizados em clínicas de fisioterapia do setor privado ou público, as PICS sempre estão incluídas no tratamento, seja auriculoterapia, acupuntura, cromoterapia, Reiki ou alguma outra. Ressalto que minha forma de atender não se diferencia do privado para o público, volto a minha atenção e cuidado da mesma forma em qualquer lugar, com o diferencial do tempo e materiais que não possuo no atendimento pelo SUS.

Imagem 2. Dança Circular com Idosos.

Fonte: autor desconhecido, 2023.

Ao lembrar dos atendimentos iniciais realizados pelo SUS, trabalhávamos com escassez de materiais, tínhamos que investir em equipamentos ou providenciar reparo nas placas de auriculoterapia para não paralisar os atendimentos, levando em consideração que a procura não cessava. Atualmente, com o apoio da SEMSA, fomos comtemplados com insumos e materiais novos para usarmos no decorrer de nossos atendimentos. Atualmente, inclusive a zona rural recebe atendimentos de acupuntura, quiropraxia e ventosas pelo SUS, atendimentos anteriormente só disponibilizados pela rede privada. Aprecio todas as práticas, mas as que eu amo trabalhar são as atividades grupais, como meditação, dança circular (figura 2), aromaterapia, musicoterapia, pois podemos ter as trocas de conversas e ver a vida por diversas óticas, tocando cada pessoa de uma forma única.

Referências

Fundo Amazônia. (2024). Projeto Mamirauá – Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá (IDSM). https://www.fundoamazonia.gov.br/pt/projeto/Mamiraua/

IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. IBGE. https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html

OMS. (2013). Organização Mundial da Saúde. Estratégia da OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023. Organização Mundial da Saúde.

Prefeitura Municipal de Tefé. (2024). Conheça Tefé: a história de Tefé. Prefeitura de Tefé. https://tefe.am.gov.br/conheca-tefe/

Empodera gestão: instrumentos de planejamento para uma saúde solidária no Amazonas

Gigellis Duque Vilaça
Liliam Rafaelle Souza da Silva
Laene Conceição Gadelha
Ariane Guerreiro de Souza
Julio Cesar Schweickardt

Instrumentos de planejamento do SUS

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função e responsabilidade dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território (Brasil, 2016). Em conjunto com o próprio desenvolvimento e estruturação do sistema de articulação, o empoderamento da gestão na decisão e pactuação entre as esferas nacionais do SUS em todos os níveis e órgãos da administração pública na elaboração dos planos de saúde, o Plano Plurianual- PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA, se direciona na lógica de ascendência (do nível local até o federal).

Conforme prevê a legislação, a Portaria MS nº 3.085/2006, ao instituir o "PlanejaSUS", buscou concretizar o Sistema de Planejamento do SUS nos seguintes instrumentos: Plano Municipal de Saúde – PMS, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatório Anual de Gestão - RAG. Atualmente estão ratificadas na Lei Complementar nº 141/2012 e nas Portarias de Consolidação do SUS publicadas em 2017 pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA, na Portaria de Consolidação MS nº 01/2017 é o instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS (Tribunal de Contas do Estado do

Amazonas, 2021). Para registro de informações e documentos são inseridos no Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), utilizado pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Por meio do desse Sistema, os relatórios de gestão são enviados para análise e manifestação do Conselho Municipal de - CMS (Brasil, 2021). Esse relato tem como objetivo promover a reflexão e instrumentalizar Secretários Municipais de Saúde e Coordenação de Planejamento, Monitoramento e Avaliação para a qualificação dos instrumentos de Planejamento no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, conectar os gestores de saúde, atuando na Educação Permanente em Sáude (EPS) para alinhamento da lógica do ciclo do planejamento do SUS.

Deste processo resultam estratégias para atender às necessidades de saúde da população, através da construção do Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual no início de cada gestão, seguido da Lei Orçamentária Anual e Lei de Diretrizes Orçamentárias para a formulação da Programação Anual de Saúde anualizada, tendo no Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior sua avaliação e monitoramento quadrimestral apresentados em audiência pública nos meses de maio, agosto e janeiro, e o Relatório Anual de Gestão apresentado até março do ano seguinte.

Características dos Instrumentos de Gestão no contexto Amazônico

O planejamento municipal em saúde é um processo democrático representativo de cidadãos legalmente constituídas pelo Plano de Governo e as Conferências Municipais e Saúde no início de cada ano de Gestão. As Conferência de Saúde no interior do estado do Amazonas, vem promovendo debates participativo e democrático das diferentes formas de saber e de conhecimento, através da Educação Permanente. A realização das pré-conferências oportuniza escutar ativamente a população e os trabalhadores de forma ascendente para que a formulação de propostas consiga contemplar

as necessidades locais e juntamente com a gestão, evidenciar as situações-problema para inserir no plano municipal as diretrizes dos eixos de atuação, ação, metas e indicadores de saúde. O plano de governo também é discutido e inserido dentro das propostas para aprovação da plenária.

O Amazonas vem buscando direcionamentos das políticas públicas voltadas para a saúde ribeirinha, os povos originários, as doenças endêmicas da região, para superar os vazios assistenciais, buscando um financiamento de acordo com a realidade amazônico. Isso tem impacto direto na ampliação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), assim como o fortalecimento da Política Nacional de Saúde da População Indígena (PNASPI). As tecnologias relacionais valorizam a multiplicidade de encontros e das redes de colaboração, priorizando participação e o aprendizado coletivo que promovam a ampliação do cuidado nos diferentes territórios (Guedes et al., 2022).

Figura 1. Oficinas com gestores, COSESM, SES, CMS e equipe da SEINP do MS.

Fonte: autores, 2023.

Os principais desafios no contexto amazônico, consiste no cumprimento desses prazos para a elaboração dos instrumentos e envio no sistema DigiSUS,

sendo que os gestores devem observar a lógica desse ciclo de planejamento no SUS. Esses fatores impactam na qualificação das informações por não acompanhar a lógica do ciclo de planejamento (planejar, agir, monitorar e avaliar) para execução das ações e metas no compromisso da transparência de acordo com as legislações vigentes (Brasil, 2021).

Estratégia Apoiador da Rede CONASEMS – COSEMS na evolução dos Instrumentos de Gestão no Amazonas

A Estratégia Apoiador realiza atividades prioritárias voltadas diretamente aos processos de planejamento e organização das equipes gestoras, promovendo apoio e subsídios para os processos de tomada de decisão, por meio de informação de qualidade e em tempo oportuno. A Rede CONASEMS – COSEMS vem buscando aprimorar as atividades do apoio para fomentar o protagonismo dos gestores municipais nos espaços de discussão, decisão e pactuação do SUS, buscando a otimização dos recursos disponíveis. O apoiador desenvolve suas ações nas nove regiões de saúde do Amazonas, atuando no empoderamento da gestão municipal e efetivação da consolidação do SUS e melhorar a saúde da população do Estado do Amazonas (Brasil, 2021).

> O COSEMS é de salutar importância no processo de atualização dos instrumentos de gestão dos Municípios do Estado do Amazonas, como por exemplo, para o município de Envira - Am, articulando e orientando através de informes e vídeos conferências, ouvindo as queixas e demandas de cada município com suas peculiaridades, congregando e defendendo os interesses dos Municípios, e se posicionando como ator político no processo de construção do SUS. Assim, reitero a importância do COSEMS, no processo apoio na Construção dos instrumentos de gestão de cada município do Estado do Amazonas (Maronilton Silva Clementino - Secretário de Saúde do Município de Envira).

Cada apoiador faz um diagnóstico regional e, em seguida, elabora o Plano Regional do Apoio, contendo as diretrizes, objetivos, ações, metas,

indicadores e responsáveis das atividades relacionadas a Conferência Municipal de Saúde e os Instrumentos de Planejamento. Nesse caso, o gestor solicita do COSEMS a presença da visita técnica para ajudar na organização e realização da Conferência na apresentação dos eixos. E em seguida o apoiador do Cosems pode também orientar o CMS na elaboração do relatório final. Os apoiadores também realizam capacitações sobre o sistema DigiSUS para qualificar as informações dos relatórios, no cumprimento dos prazos e o processo de monitoramento e avaliação.

Empoderamento dos Gestores no planejamento em saúde

A estratégia de empoderar o gestor surgiu da necessidade de qualificação dos instrumentos de planejamento, inserindo o processo de monitoramento e avaliação. Esse conceito de empoderamento foi usado para transmitir a ideia de tornar os gestores de saúde mais proativos em suas ações, para a tomada de decisões e compromisso na elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento de articulação Interfederativa.

Com a preocupação da situação dos Instrumentos de Planejamento das regiões de saúde do Estado do Amazonas, nas ações semanais de Educação Permanente em Saúde (EPS) do COSEMS-AM, os apoiadores entenderam a necessidade de acompanhar os municípios na atualização dos instrumentos de gestão. Identificamos algumas dificuldades dos gestores na elaboração dos Instrumentos na data oportuna: inexistência de gestão participativas, falta de conhecimento sobre os instrumentos, alta taxa de rotatividade de profissionais na equipe de planejamento, inconformidade e segurança das informações, insegurança do Conselho Municipal de Saúde na avaliação dos instrumentos, ausência da memória dos processos de gestões anteriores.

Desse modo, realizamos uma discussão coletiva e participativa com os coordenadores de planejamento municipais e os membros dos Conselhos Municipais de Saúde para ter autonomia na revisão e construção das propostas surgidas nas Conferências Municipais. Outra barreira está associada às

características geográficas, que acarreta dificuldades de conectividade, acesso intermunicipal e regional, impactando na logística de transporte e das informações.

Figura 2. Encontros presenciais do grupo de gestores.

Fonte: autores, 2023.

As competências do gestor municipal do SUS envolve fatores de impacto na saúde pública, utilizando a recursos de forma inteligente e apropriada. O método utilizado foi da Pesquisa-ação buscando identificar os problemas e as soluções, realizada durante o ano de 2023 nas Regiões de Saúde do Estado do Amazonas. A estratégia foi aprovada nas Comissões Intergestores Regional (CIR) com encontros presenciais, híbridos e virtuais de EPS, permitindo a compressão da responsabilidade legal e do objeto de conhecimento, possibilitando a implementação de mudanças no cenário da prática da gestão. Na fase exploratória foi realizado um diagnóstico aplicado um questionário, identificando os municípios com instrumentos atrasados na série histórica de 2018 a 2023 por meio dos canais oficiais do Ministério da Saúde (Portal SAGE; DIGISUS; LIASAÚDE/PainelDGMP; DEPLAN/SES-AM, 2024).

Na fase de Planejamento foi proposto um formulário de monitoramento mensal de informação. Na fase da Ação foram realizadas oficinas de qualificação, seguindo três etapas: 1. Municípios sem instrumentos de gestão: auxiliar

na construção coletiva e revisar os anteriores para ajuste; 2. Municípios com instrumentos finalizados: qualificação para o conhecimento de toda a equipe quanto as diretrizes, objetivos, metas e indicadores municipais; 3. Atualização sobre os Instrumentos de Gestão para os Conselheiros Municipais de Saúde. E na fase de Avaliação implementou-se modelo de fluxo dos relatórios observados para ajustes no sistema DigiSUS na inserção de dados dentro do prazo, priorizando a qualidade das informações, monitoramento e avaliação dos resultados.

Trançando caminhos tecnológicos para empoderar os gestores no Amazonas

Com o grande desafio de superar os quilômetros que separam muitos municípios da capital, principalmente visando o alto custo para deslocamento dos apoiadores até os municípios, os profissionais adaptaram estratégias ao dia a dia para conseguir suprir as necessidades dos gestores e suas equipes, dessa forma, foi criado um grupo de Whats App PlanejaSus Cosems-AM com a participação dos coordenadores de planejamento para a discussão coletiva das principais dúvidas e alternativas de trabalho, bem como, minimizar a distância através do contato direto usando as redes de telecomunicação.

A estratégia possibilitou a ampliação do vínculo dos apoiadores com os coordenadores municipais estabelecendo uma rede de apoio na qual a todo o momento é possível agendar um horário para tirar as dúvidas, ligar diretamente para o apoiador ou simplesmente se comunicar por meio de mensagens privadas.

> A vivência durante o Projeto foi de fundamental importância para a equipe da SEMS de Presidente Figueiredo no desenvolvimento das atividades de elaboração, aplicação e monitoramento dos instrumentos de gestão e principalmente a utilizar ferramentas como o Planejamento Regional Integrado, o Monitoramento e Avaliação de Programas de Saúde, além dos instrumentos de financiamento e gestão de recursos. A equipe do COSEMS estava sempre disposta a apoiar a nossa equipe sempre no que fosse necessário,

> tirando dúvidas e assessorando a gestão municipal, facilitando a compreensão e incentivando a execução das ações e atividades destinadas a esfera municipal. Subsidiando as notas técnicas e relatórios de acompanhamento, legislações periódicas, assim como também realizando os tão bem-vindos lembretes dos prazos a vencer e as metas a serem cumpridas em tempo hábil (Liliane Sales - Coordenadora Municipal de Planejamento - Município de Presidente Figueiredo).

Em relação aos gestores que não compareceram nos encontros presenciais, buscamos a alternativa de adaptar os encontros para oficinas virtuais. A princípio foram realizados contatos individuais com os Secretários através de ligações para explicar como o projeto seria trabalhado de forma remota. Após essa sensibilização sobre a importância de regularizar os instrumentos de planejamento e a liberação dos gestores para ser realizado esse trabalho com suas equipes, foram agendadas oficinas virtuais com os gestores e coordenadores municipais de saúde por município conforme demanda existente e priorizando aqueles cujo instrumentos de planejamento ainda necessitavam de elaboração ou ajustes.

Após a elaboração ou/e ajustes nos instrumentos, também foram organizadas outras oficinas para orientar os profissionais sobre como inserir os dados no Sistema do Digisus e seu manuseio. Assim, como nos encontros presenciais, foram organizados os mesmos conteúdos para serem transmitidos de forma remota considerando todas as informações necessárias para o empoderamento da Gestão e do Conselho Municipal de Saúde.

Todos os atores envolvidos desempenharam papeis importantes para a superação dos desafios locais de conexão, a organização das equipes foi essencial para desenvolvimento dessas estratégias. E o suporte proveniente dos apoiadores do Cosems-AM teve destaque nesse cenário inovando as condições para se trabalhar remotamente.

> Sou enfermeira vou falar um pouco dessa experiência com instrumentos de planejamento, uma experiência inovadora para o nosso município,

> uma vez que a gente acabava enviando vários relatórios e isso veio para facilitar através de ferramentas que facilitam além do nosso trabalho, como também do nosso Coordenador de Planejamento, que pôde ter um acesso e uma brevidade de todos os relatórios que a gente apresenta a sua coordenação, então isso foi uma experiência que facilitou muito o nosso trabalho (Nirlene Smith - Coordenadora Municipal do Programa Saúde da Mulher - Município de Itacoatiara).

A experiência trouxe alguns resultados importantes: transparência dos instrumentos, redução de 90% das pendencias no DigiSUS, maior preocupação da gestão em finalizar os instrumentos de gestão e aumentou o acompanhamento do CMS e celeridade na avaliação pelo colegiado. O grupo de trabalho com técnicos municipais criado em plataforma de comunicação instantânea do WhatsApp possibilitou o agendamento de encontros para tirar as dúvidas de encontros anteriores e agendamento dos próximos encontros, além de organizar o fluxo de comunicação entre os envolvidos.

Os encontros remotos possibilitaram a ampla participação dos gestores e suas equipes nas oficinas de planejamento organizadas pelos apoiadores, assim como foram solucionadas várias demandas através da inclusão dessa estratégia, a qual reduziu a distância entre os municípios e o Cosems-Am tornando tangível e acessível a participação da Gestão no projeto proposto.

As rodas de conversa presenciais, hibridas e remotas com secretários de saúde, coordenadores de planejamento e Conselho Municipal de Saúde ampliaram as trocas de informações sobre o ciclo de planejamento. Ainda foi aplicado um questionário sobre o perfil da gestão municipal e do planejamento em saúde para subsidiar a condução dos próximos passos. De acordo com as perguntas, foi possível verificar que a maioria (87%) dos gestores possuem escolaridade de nível superior, e 66,7% realizaram especialização na área da gestão em saúde e o curso "Ser Gestor do SUS", disponibilizado pelo CONASEMS, para aprimorar os conhecimentos sobre a saúde no Brasil.

Os pontos críticos foram os cumprimentos dos prazos dos Instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde - PMS (1º ano de gestão), Programação

Anual de Saúde - PAS (até 30 de março), Relatório Detalhado Quadrimestral Anterior - RDQA (1º RDQA - maio; 2º RDQA - setembro; 3º RDQA - fevereiro) e Relatório Anual de Gestão - RAG (até 30 de março). Os motivos foram os seguintes: 100% de falta de capacitação/treinamento, 46,60% sem monitoramento e avaliação, 46,60% falta de internet para alimentar o DigiSUS e 20% o excesso de atividades com prazo exíguo. O prazo de atualização de dados dos sistemas como por exemplo o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde - SIOPS e a PAS que é encaminhada somente no 2º semestre com a LOA.

Há uma menor participação de usuários nas reuniões extraordinárias, agendadas com pauta única relativas a assuntos como RAG, PAS, LDO e LOA, tópicos de maior complexidade que demandam linguagem técnica, análises e discussões de tais documentos. A participação dos usuários nestas discussões também é reduzida, demonstrada pela ausência nessas reuniões, indicando que as discussões e deliberações centrais de instrumentos de planejamento ficavam reduzidas a gestores, prestadores e profissionais da saúde (Cavalcante, 2023).

Em seguida, a pergunta foi sobre o que precisa melhorar no Planejamento da saúde em seu município, sendo possível marcar mais de uma opção no questionário. Nessa questão foi possível identificar que 80% relataram difícil acesso em tempo hábil dos relatórios das áreas técnicas responsáveis pela fonte de informação (Exemplo: produção de serviços, vigilância em saúde, urgência e emergência, relatório financeiro entre outros).

Os resultados também mostraram a necessidade de qualificação/atualização do Conselho Municipal de Saúde, tendo 66,70% dos relatos e 33,30% a falta de participação do Gestor no processo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Ainda, 26,70% informaram que a Coordenação de Planejamento precisa ser mais atuante na elaboração dos instrumentos de gestão e 26,70% não realiza monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão no mínimo quadrimestral. Em relação a capacitação/atualização do

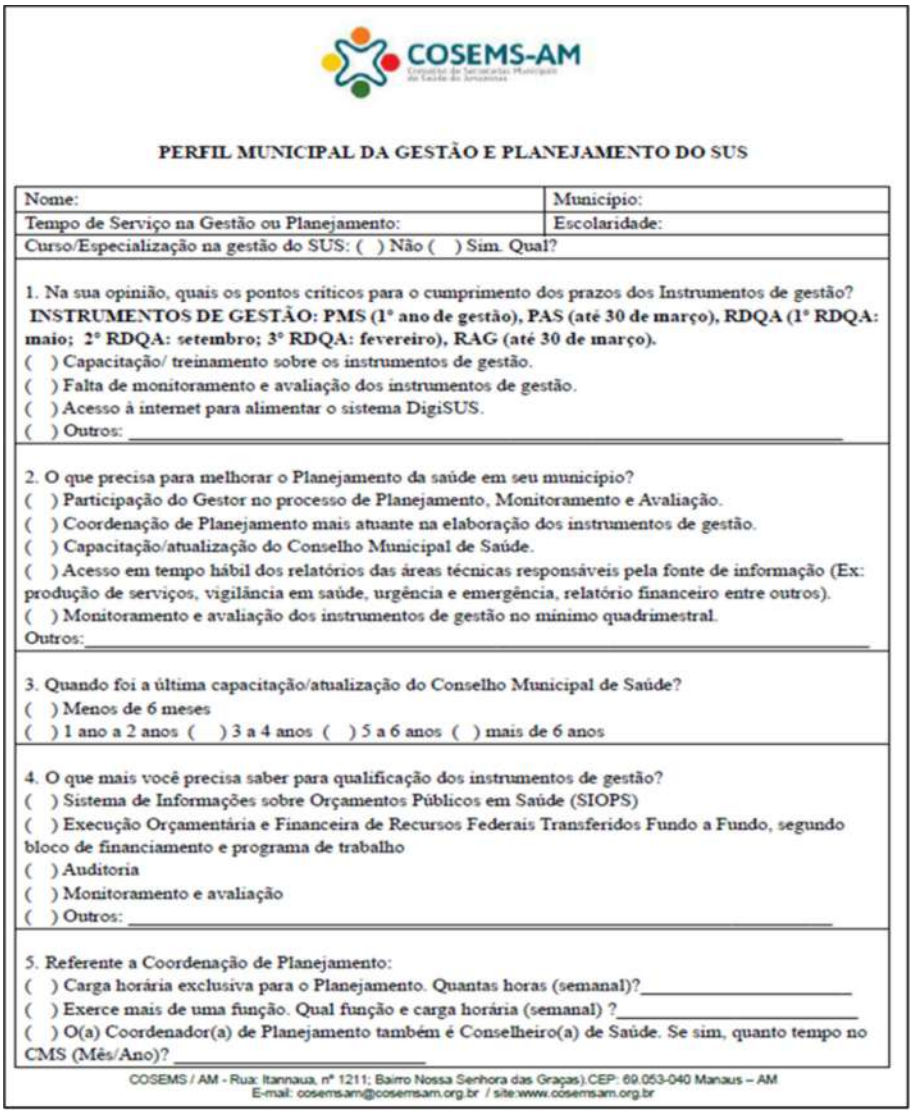
Conselho Municipal de Saúde, foi evidenciado que 35,30% não teve em menos de 6 meses e 29,40% com mais de 6 anos sem atualização.

A qualificação dos conselheiros se apresenta como um desafio que vai para além de uma formação técnica da compreensão do planejamento de saúde e orçamentário, a capacitação para compreensão da função do conselheiro, para a valorização do conselho e para o desenvolvimento de competências como ética, moral e responsabilidade também se apresentam como demandas para o exercício do controle social, garantir a participação dos cidadãos nas discussões com uso de linguagem apropriada e apresentação de documentos acessíveis aos conselheiros.

Neste sentido, verificamos que a capacitação dos conselheiros não se restringe a momentos determinados, mas na perspectiva de educação permanente (Shimizu; Moura, 2015). O que mais demanda conhecimento e formação é sobre os instrumentos de gestão, que tem múltiplas opções para completar como: 100% sobre SIOPS, 86,70% na Execução Orçamentária e Financeira de Recursos, 86,70% em Auditoria e 66,60% no monitoramento e avaliação. A Coordenação de Planejamento exerce a função exclusiva 75% com 40 h semanal e 25% executam mais de uma função (Assistente Administrativo, ESF, Gerente de UBS, Direção Hospitalar). E sobre os membros dos Conselhos Municipais de Saúde, 63,6 % são de gestores, desses 50% com 2 anos no CMS e 12,50% mais de 11 anos como membro.

A formação de comissões junto à gestão mostrou-se necessária para apreciação de todos os instrumentos de planejamento. As comissões voltadas aos instrumentos de planejamento permitiram a capacitação tanto dos conselheiros como dos gestores para compreensão de cada instrumento. Ainda, estas comissões iniciaram a reflexão sobre a apresentação dos documentos de forma mais compreensível aos conselheiros, evitando a apresentação de apenas documentos técnicos de alimentação em sistemas como o SIOPS.

Figura 3. Questionário do perfil da gestão e planejamento do SUS.



COSEMS-AM

PERFIL MUNICIPAL DA GESTÃO E PLANEJAMENTO DO SUS

Nome:	Município:
Tempo de Serviço na Gestão ou Planejamento:	Escolaridade:
Curso/Especialização na gestão do SUS: ( ) Não ( ) Sim. Qual?	

1. Na sua opinião, quais os pontos críticos para o cumprimento dos prazos dos Instrumentos de gestão?
INSTRUMENTOS DE GESTÃO: PMS (1° ano de gestão), PAS (até 30 de março), RDQA (1° RDQA: maio; 2° RDQA: setembro; 3° RDQA: fevereiro), RAG (até 30 de março).
( ) Capacitação/ treinamento sobre os instrumentos de gestão.
( ) Falta de monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão.
( ) Acesso à internet para alimentar o sistema DigiSUS.
( ) Outros: _____

2. O que precisa para melhorar o Planejamento da saúde em seu município?
( ) Participação do Gestor no processo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação.
( ) Coordenação de Planejamento mais atuante na elaboração dos instrumentos de gestão.
( ) Capacitação/atualização do Conselho Municipal de Saúde.
( ) Acesso em tempo hábil dos relatórios das áreas técnicas responsáveis pela fonte de informação (Ex: produção de serviços, vigilância em saúde, urgência e emergência, relatório financeiro entre outros).
( ) Monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão no mínimo quadrimestral.
Outros:_____

3. Quando foi a última capacitação/atualização do Conselho Municipal de Saúde?
( ) Menos de 6 meses
( ) 1 ano a 2 anos ( ) 3 a 4 anos ( ) 5 a 6 anos ( ) mais de 6 anos

4. O que mais você precisa saber para qualificação dos instrumentos de gestão?
( ) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)
( ) Execução Orçamentária e Financeira de Recursos Federais Transferidos Fundo a Fundo, segundo bloco de financiamento e programa de trabalho
( ) Auditoria
( ) Monitoramento e avaliação
( ) Outros: _____

5. Referente a Coordenação de Planejamento:
( ) Carga horária exclusiva para o Planejamento. Quantas horas (semanal)?_____
( ) Exerce mais de uma função. Qual função e carga horária (semanal) ?_____
( ) O(a) Coordenador(a) de Planejamento também é Conselheiro(a) de Saúde. Se sim, quanto tempo no CMS (Mês/Ano)? _____

COSEMS / AM - Rua: Itannaua, nº 1211; Bairro Nossa Senhora das Graças).CEP: 69.053-040 Manaus – AM
E-mail: cosems.am@cosems.am.org.br / site:www.cosems.am.org.br

Fonte: elaboração dos autores, 2023.

Neste sentido, as comissões se constituíram em grande avanço para os trabalhos de apreciação dos instrumentos de planejamento (Cavalcante et al., 2023). O envolvimento dos Apoiadores do COSEMS conseguiu sensibilizar os

atores envolvidos e melhorou consideravelmente as estratégias de qualificação desses instrumentos de planejamento em cada região de saúde da Amazônia, ampliando a comunicação para uma ação colaborativa e solidária entre os entre os municípios.

Agradecemos todo apoio e suporte técnico do COSEMS/AM na elaboração dos instrumentos de gestão do município, foi de relevância e importância, tendo em vista, que a gestão em saúde se trata do planejamento, organização, controle e direção com foco no gerenciamento dos recursos humanos, financeiros, logísticos, sanitários, entre outros, para verificar todas as atividades e oferecer um serviço seguro e efetivo (Raimundo André Oliveira da Silva - Coordenador Municipal de Sistemas de Programas de Saúde - Município de Boca do Acre).

Considerações Finais

A gestão na saúde é o processo que conecta com o planejamento estratégico à implementação, ao monitoramento e à avaliação da ação municipal. Na região amazônica, ainda precisa avançar no empoderamento à governança, que é a capacidade de implementar políticas públicas e prestar serviços à sociedade, sendo uma das atividades atuantes dos apoiadores COSEMS-AM. Contudo, ainda existe a necessidade de qualificação de gestores e coordenadores para o cumprimento dos prazos e envio do DigiSus.

O Apoiador, olhando para a gestão do SUS, promove os processos de planejamento dentro das realidades locais das regiões de saúde da Amazônia. Ainda busca fomentar a qualificação e a comunicação entre os coordenadores de Planejamento para uma ação colaborativa e solidária entre os entre os municípios.

Neste relato, apresentamos o diagnóstico desse problema estrutural do SUS e recomendamos ações em parcerias com a Rede CONASEMS-COSEMS, técnicos do MS e SIOPS, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Amazonas (SEMS/AM), Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual

de Saúde (CES), Tribunal de Contas do Estado (TCE/AM) e Departamento de Auditoria (DENASUS/SEAUD). Por fim, concluímos que a qualificação dos instrumentos de Planejamento do SUS no município precisa ampliar a participação dos Conselhos Municipais de Saúde e dos usuários. Concluímos com o depoimento de um gestor.

Fazer gestão na Amazônia hoje, nesse cenário globalizado, explicita o universo vivenciado cotidianamente pelo caboclo, pelo indígena e por quem mais se aventurou a fazer desse espaço o seu habitat, que contrasta a beleza exuberante e singular de sua fauna e flora com as agruras causadas sobretudo pelo isolamento próprio de territórios de dimensões continentais. Sem ter a intenção de poetizar a nossa realidade, mas já o fazendo, porque assim fica mais bonita e leve, diria, então que, parafraseando o poeta ser gestor local do SUS "é padecer no paraíso", onde a atuação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, através de seus técnicos e apoiadores tem papel fundamental e imprescindível nessa árdua mas prazerosa missão na busca contínua de melhor qualificar nosso pessoal que atua no planejamento de ações e atualização dos instrumentos de gestão, acompanhamento e revisões necessárias.

Assim, fazer gestão de saúde no interior do Amazonas sem a efetiva participação e destacada colaboração do COSEMS seria muito mais difícil. Por isso, concluímos dizendo: obrigado por vocês existirem! (Sebastião Pinheiro da Silva - Secretário Municipal de Saúde de Itamarati).

Referências

Brasil. (2011). Decreto 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. Disponível em: < http:// www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Brasil. (2016). Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS: Fiocruz. Série Articulação Interfederativa, v. 4. Disponível em: https://bit.ly/planejamentosus.

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e

o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF.

Brasil. (2021). Ministério da Saúde. Manual do usuário: módulo planejamento – DigiSUS Gestor. Brasília, DF: MS. Disponível em: https://bit.ly/manualdgmp.

Brasil. (2021). Ministério da Saúde. Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2023). Instrumento de Planejamento do SUS. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento

Cavalcante, Amanda Araujo, Magdalena, Patricia Cristina e Moriguchi, Cristiane Shinohara. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. Saúde e Sociedade. v. 32, n. 1, e210866pt. https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. (2021). Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano 2.a edição digital - revisada e ampliada - 440 p.

DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento, consultar: Manual do Usuário – Módulo Planejamento:DigiSUS Gestor. (2024). Disponível em: < http://www.conasems.org. br/wp-content/uploads/2018/12/Manual_7250273_INSTRUTIVO_GERAL_DGMP_26_11.Final_.pdf>

CONASEMS, Projeto Estratégia Apoiadores Regional. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/

Guedes, T. R. O. das N., Schweickardt, J. C., Moreira, M. A., Monteiro, K. S., Fonseca Júnior, M. C. et. al. (2022). Plano Municipal de Saúde de Manicoré, Amazonas: uma construção participativa: Anais do 13º Congresso Internacional da Rede Unida. v. 4, Suplemento 1 (2018). ISSN 2446-4813: Saúde em Redes Suplemento, Anais do 13ª Congresso Internacional da Rede Unida.

Himizu, H. E.; Moura, L. M. de. (2015). As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 1180-1192. DOI: 10.1590/S0104-12902015136180 » https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136180

Portal SAGE. (2024). DIGISUS,LIASAÚDE/PainelDGM. Disponível em: https://portalsage.saude.gov.br/painelInstrumentoPlanejamento

Tribunal de Contas do Estado do Amazonas. (2021). Orientação Técnica Instrumentos de Planejamento do SUS. Disponível em: https://www2.tce.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/INSTRUMENTOS_DE_PLANEJAMENTO_DO_SUS-2.pdf

Sobre Organizadores, Autores e Autoras

Organizadores

Maria Adriana Moreira

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Pós-graduação Lato Sensu em MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde, Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ/AM - Instituto Leônidas e Maria Deane. Secretária Municipal de Saúde de Manicoré/AM, presidente do COSEMS/AM e membra da diretoria do CONASEMS. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com.br

Marcia Cristina Marques Pinheiro

Graduação em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1988), Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP (2002), Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde pela Universidade de Brasília/UnB (2007) e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília/UNB (2017). Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e coordenadora da Mostra Brasil, aqui tem SUS. E-mail: marcia@conasems.org.br

Júlio Cesar Schweickardt

Graduação em Ciências Sociais, Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia (UFAM), doutor em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia. Coordenador

do Mestrado Profissional Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz Amazônia) e coordenador do Doutorado em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM). Membro da coordenação nacional da Associação Rede Unida. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

Autores e Autoras

Alcinda Santiago da Rocha

Técnica de enfermagem da ESF na Unidade Básica de Saúde Michiê Takeda. E-mail: alcindasantiago8@gmail.com

Alcineia Fontes Neto

Secretária Municipal de saúde (Nhamundá). E-mail: neianetto@hotmail.com

Aline Aparecida Ferreira Artini

Mestre em Saúde Pública (2023); Sanitarista (2020) pelo Instituto Leônidas Maria Deane- FIOCRUZ. Bacharel em Relações Internacionais (2012); Graduada em Letras – Francês (2009); Graduada em Letras Inglês /Português (2021); Integrante do Laboratório de Pesquisa e História de Saúde da Amazônia – LAPHSA- ILMD – FIOCRUZ; Vigilância em saúde epidemiológica/ Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA – Manaus. E-mail: alineartini@yahoo.com

André Luiz Freitas Nogueira

Enfermeiro, Pós-graduado em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (Líder Instituto Educacional). E-mail: andreefreitas@outlook.com

Andreza Cezar Fonseca

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Rio Preto da Eva. E-mail: andrezacfonseca@hotmail.com

Adriane Farias Valentin

Mestra em Saúde da Família pelo Instituto Lêonidas e Maria Deane (ILMD) Fiocruz/Amazônia. Apoiadora Cosems/AM. E-mail: adrianefariascosta.afc@gmail.com

Anna Beatriz Chagas Freitas

Médica da USF Francisca Amélia/Boca do Acre-AM. E-mail: annabeatrizchagas@gmail.com

Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte

Médica, mestranda em epidemiologia em saúde pública pela Fiocruz, diretora geral da Unidade Hospitalar de Santa Isabel do Rio Negro. E-mail: anakelly.amaro@gmail.com.

Antônio Amancio Barbosa Neto

Graduado em odontologia, Mestrado em Saúde Pública. Apoiador Ministério da Saúde. E-mail: drantonioamancioneto@gmail.com

Ariane Guerreiro de Souza

Nutricionista, Apoiadora Regional do COSEMS-AM. E-mail: arianeguerreiro@hotmail.com

Arielly Queiroz de Menezes

Graduada em fisioterapia, pós-graduada em traumatologia e ortopedia com ênfase em terapia manual (Estácio/Am). E-mail: arielly1313@gmail.com

Auricelia Maria Queiroz Assis

Fisioterapeuta, especialista em gestão de saúde, Unidade Hospitalar de Silves. E-mail: auriceliaqueirozassis@gmail.com.

Beatriz Rodrigues Campinho

Mestranda em Saúde Pública- ILMD-PPGVIDA FIOCRUZ; Cirurgiã Dentista.

Betânia Lacerda Gomes

Sanitarista e Especialista em Gestão Pública Municipal. Pesquisadora do PNSI (Fiotec). E-mail: btanya2010@hotmail.com

Camila Trindade da Silva

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: mila_trindade@hotmail.com

Carlos Alexandre Pereira da Silva

Médico, ESF-Careiro AM, E-mail: carlosalexandres27@gmail.com

Carolina Neves Jacaúna

Fisioterapeuta; Pós-graduada em traumato-ortopedia, Especialista em biomecânica do movimento humano. E-mail: nevesjacauna@hotmail.com

Cleinaldo de Almeida Costa

Médico, doutor em medicina pela USP, Diretor do Departamento de Saúde Digital e Inovação da Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde. E-mail: saudedigital@saude.gov.br.

Cleudecir Siqueira Portela

Enfermeiro, mestre em doenças tropicais e doutorando em Ciências do ILMD/ Fiocruz Amazônia. E-mail: cleudecir@gmail.com

Daiana Santana Ramos

Educadora Física. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: dsr.mgr22@uea.edu.br

Daniele Santana Ramos

Sanitarista. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: danielesantana228@gmail.com

Daniel Bezerra Arruda

Enfermeiro da USF Francisca Amélia/Boca do Acre-AM. E-mail: danielarruda816@gmail.com

Dennice Batista Neves

Fisioterapeuta, Centro de Especialidades Elizabeth de Sousa Assis. E-mail: dennice.batis@gmail.com

Denise Rodrigues Amorim de Araújo

Comunicóloga, Mestre em Saúde Pública, Gerente de Ensino da Escola de Saúde Pública de Manaus. E-mail: denise.r.amorim@gmail.com

Elen Palmeira Assunção

Enfermeira, especialista. SAMU Manaus

Eduardo Fernandes

Médico, mestre. SAMU Manaus

Elanne Martins Viana

Fonoaudióloga (Pós-graduação em Saúde coletiva, Pós-graduação em ABA) Fonoaudióloga Sentidos Clinica de Desenvolvimento – Boa Vista - RR. E-mail: elanneviana@gmail.com

Eliane Nogueira Campos

Mestranda em Enfermagem e Saúde Pública - ProENSP/UEA. Especialista em Pneumologia Sanitária Fiocruz/Helio Fraga. E-mail enc.mep24@uea.edu.br

Elison Gonçalves da Silva

Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: elisongoncalves1@gmail.com

Elivane Silva Pacheco

Assistente Social (Pós-graduação em Educação em Direitos Humanos, Diversidade e Questões Étnicas Sociais) Assistente Social Equipe Emult – Silves-AM. E-mail: elivanesilvapacheco3@gmail.com

Elson Pessoa Vasques

MBA em Gestão de Projetos. Fundação Centro de Análise, Pesquisa e Inovação Tecnológica. E-mail: elson.mestrado@gmail.com

Eucinara Buás Guedes

Técnica em enfermagem. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: euciguedes@gmail.com

Everton Martins Honorato

Enfermeiro. Gerente da Unidade Básica de Saúde Michiê Takeda. E-mail: martinseverton.185@gmail.com

Ezequiel Fernandes da Costa Neto

Médico de família e comunidade. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE/Fiocruz Amazônia). E-mail: fernandezequiel@hotmail.com

Fabiana Mânica Martins

Enfermeira, Docente Adjunta no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina-UFAM. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (FIOCRUZ/AM). Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia (UFAM). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFAM). E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br

Fabíola Guimarães de Carvalho

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Nhamundá-AM. E-mail: Carvalhofabiola324@gmail.com

Fabricio da Rocha Botelho

Enfermeiro, especialista em gestão hospitalar e saúde pública, diretor da atenção básica do município de Coari. E-mail: botelhofabrício23@gmail.com

Francinara Batista Neves Lima

Mestre em Doenças Tropicas e Infecciosas. Bacharel em Enfermagem. Gerente da Vigilância em saúde epidemiológica do Distrito de Saúde NorteSecretaria Municipal de Saúde – SEMSA – Manaus

Francisco Loab dos Santos Silva

Fisioterapeuta, Unidade Básica de Atendimento Padre Antônio Cremer/ Secretaria de Saúde de Eirunepé. E-mail: loabsantos21@gmail.com

Gercicley Rodrigues dos Santos

Engenheira Ambiental - CEULM/ULBRA, especialista em Saúde Ambiental e Mestra em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. E-mail: cleysantos@gmail.com

Gigellis Duque Vilaça

Enfermeira, Mestre em Enfermagem no Contexto Amazônico, UFAM/ PPGENF, Coordenadora do Apoio Regional do COSEMS-AM. E-mail: gigellis.cosems@gmail.com

Gisele Torrente

Enfermeira, doutora. SAMU Manaus

Greyciane Rodrigues Saldanha Mesquita

Graduada em enfermagem, atua na Equipe de Saúde Ribeirinha na Balsa Multiprofissional de Saúde. E-mail: greycianeelizabeth@gmail.com

Heloise Terezinha Alves Guimarães

Fisioterapeuta. Unidade Básica de saúde São Francsico. E-mail: guimaraesheloise@gmail.com

Ingrid Lima Silva

Enfermeira, Mestranda em Enfermagem no Contexto Amazônico PPGENF/MP UFAM. Coordenadora da Atenção Básica (SEMSA). E-mail: Ingriddiscipula@hotmail.com

Iranilson Militão Gabriel

Agente Indígena de Saúde – SEMSA – Manaus.

Izomaria dos Santos Braga

Bacharel em Enfermagem. Vigilância em saúde epidemiológica área técnica da /Tuberculose/Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA – Manaus

Jackeline da Silva Gomes

Técnica em enfermagem, ESF-Careiro AM. E-mail: jackeline.s.gomes@outlook.com.br

Jacqueline Cavalcanti Lima

Enfermeira. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: jackiecavalcanti@hotmail.com

Jacó Miranda dos Santos

Mestre em Informática pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). E-mail:jaco-miranda@hotmail.com

James Rodrigues Guedes

Enfermeiro na Secretaria de Saúde de Atalaia do Norte/AM.

Jonas Tadeu Cau Sertorio

Farmacêutico, doutor em farmacologia pela UNICAMP e pós-doutor pela USP, consultor em saúde digital do Ministério da Saúde. E-mail: jonas.sertorio@gmail.com.

Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

Graduada em Nutrição. Especialista em Saúde Indígena. Especialista em Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas. Especialista em Nutrição Materno Infantil e Nutrição Clínica. Mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA/Leônidas e Maria Deane- ILMD/ Fiocruz Amazônia. Pesquisadora do LAHPSA/

Fiocruz Amazônia. Responsável Técnica pela Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena no DSEI Alto Rio Solimões. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia e do Minilaboratório da Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA-Tabatinga/AM. E-mail: janayla_oliveira@hotmail.com

Karina Sebastiana Macêdo Araújo

Médica, ESF- Careiro AM. E-mail: karinamacedoaraujo@hotmail.com

Kelly de Nazaré Oliveira

Nutricionista na secretaria municipal de saúde do município de Coari. E-mail: oliverkelly43@gmail.com

Khylvia Nascimento da Costa

Enfermeira da ESF da Unidade Básica de Saúde Michiê Takeda. E-mail: khylvian@gmail.com

José Carlos Ferreira Pinheiro Junior

Enfermeiro, especialista em saúde pública e coletiva, diretor do hospital regional de Coari. E-mail: josejr.enf@gmail.com

Layla Calazans Muller

Médica da família e comunidade. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: laylacmuller@gmail.com

Laene Conceição Gadelha

Sanitarista, Especialista em Equipes Municipais e Estaduais em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde. E-mail: laenegadelha11@gmail.com

Lecita Marreira de Lima Barros

Farmacêutica.Secretaria Municipal de Saúde de Tefé. E-mail: lecitamarreira@gmail.com

Leda Lima Sobral

Enfermeira, mestre. SAMU Manaus

Leopoldo Pimentel Tavares Neto

Fisioterapeuta. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: leo_ptneto@hotmail.com

Liliam Rafaelle Souza da Silva

Fonoaudióloga, Especialista em saúde pública, Apoiadora Regional do COSEMS-AM. E-mail: liliamsilva517@gmail.com

Lourena da Silva Camurça

Enfermeira da USF Francisca Amélia/Boca do Acre-AM. E-mail: camurcalourena@icloud.com

Luan Marinho de Souza

Coordenador do Programa Saúde na Escola (PSE)- E-mail: neianetto@hotmail.com

Lucas da Silva de Almeida

Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: lucas.enf.almeida@hotmail.com

Lúcia Helena de Araújo Jorge

Técnica em enfermagem. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: luciahjorge@gmail.com

Lupuna Correa de Souza

Pesquisadora no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) - Fiocruz Amazônia. Pós-doutora em Cartografia Social e Política da Amazônia. E-mail: lupunasouza6@gmail.com

Maria de Fátima Falcão da Silva

Assistente Social especializanda em Saúde Pública, com Ênfase na Estratégia Saúde da Família – Universidade do Estado do Amazonas/UEA.

Maria do Perpétuo Socorro Carvalho Barreto

Nutricionista, especialista em saúde pública, coordenadora de alimentação e nutrição e programa saúde a escola do município de Coari. E-mail: socorronutri40@gmail.com

Mariana Rodrigues da Silva

Enfermeira Gerente de Unidade Básica de Saúde Ednaide Lopes, E-mail: mariana_rds@hotmail.com

Mariza Quércio Machado

Enfermeira.Mestranda Saúde Coletiva pelo Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia. Pesquisadora Laboratório de História e Políticas Públicas de Saúde na Amazônia – LAHPSA/ ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: marizaqmachado@gmail.com

Marluce Mineiro Pereira

Assistente Social, aluna do Doutorado Acadêmico em Saúde Pública na Amazônia- DASPAM-ILMD/Fiocruz Amazônia e integrante do Laboratório de História e Políticas Públicas de Saúde na Amazônia – LAHPSA/ ILMD/Fiocruz Amazônia. E-mail: malumineiro@gmail.com

Maria Dinez Fabá de Oliveira

Enfermeira. Atua no Consultório na Rua da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail:estudantedinezoliveira@gmail.com

Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Enfermeira. Especialista em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde. Mestre em Saúde Pública. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane. E-mail: mayeacrfarias@gmail.com

Mayara Victória Feitosa Veras

Enfermeira. Pós-graduação em Terapia Intensiva (UNYLEYA); Pós-graduação em Gestão da Qualidade e Acreditação Hospitalar e Segurança do Paciente e Gestão dos Riscos Assistenciais (FACULESTE). Diretora Geral do Hospital Geral de Barcelos. E-mail: feitosavictoria@gmail.com

Mesraim Salef Rocha do Rosário

Cirurgião-Dentista, graduado pelo centro universitário do Norte - Uninorte. Especialista em saúde pública com foco em estratégia de saúde da família. Coordenador de Saúde Bucal na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manicoré. E-mail: salefmesraim@gmail.com

Michel Fabrício Pereira de Souza

Graduado em Fonoaudiologia e Pedagogia pela Universidade Nilton Lins, Especialista nas áreas da Fonoaudiologia Educacional, Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva, Linguagem, ABA (Applied Behavior Analysis) aplicada no TEA, Saúde Pública/PSF, Psicopedagogia e Educação Inclusiva, Fonoaudiólogo e Coordenador do Centro Municipal de Referência ao Autismo de Itacoatiara. E-mail: fgo.michelfabricio@gmail.com

Milton Gama dos Santos

Enfermeiro (Pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva). E-mail: milton.gamads@gmail.com

Neliane Tavares de Souza

Enfermeira, Semsa- Santa Isabel do Rio Negro. E-mail: neliane.salvador@gmail.com

Pablo Manuel Oliveira Almeida

Graduado em odontologia pela Universidade Nilton Lins. Atua como dentista da saúde da família na área ribeirinha em Manicoré, AM. E-mail manueloliveira-23@outlook.com

Patrícia Guimarães Couto

Profissional de Educação Física especializanda em Saúde Pública, com Ênfase na Estratégia Saúde da Família – Universidade do Estado do Amazonas/UEA.

Patricky Batista da Silva

Psicólogo especializando em Saúde Pública, com Ênfase na Estratégia Saúde da Família – Universidade do Estado do Amazonas/UEA.

Patrizia Gonçalves de Araújo Pires

Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Tefé – SEMSA. E-mail: patrizia85pires2017@gmail.com

Péricles Tavares Vieira Filho

Administrador. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: periclesvieirafilho@gmail.com

Priscila Santana

Psicóloga; doutorado em Psicologia Social pela PUC/SP. Mestra em psicologia pela UFAM. E-mail: psi.priscila.santana@gmail.com

Raniele Alana Lima Alves

Graduação em enfermagem. Mestra em Saúde Pública pelo ILMD/ Fiocruz-Amazônia. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde Indígena e Saúde da Família. Pesquisadora do LAHPSA - Fiocruz-Amazônia. E-mail: lanahlima93@gmail.com

Rayana Lima Martins

Psicóloga (Pós-graduação em ABA e Análise do Comportamento Aplicado). Psicóloga Hapvida NotreDame Manaus- AM.. E-mail: rayanamartins.bj@gmail.com

Raylan Nascimento da Silva

Técnico de enfermagem da Unidade Básica de Saúde Michiê Takeda. E-mail: raylan_silva@icloud.com

Sabrina Araújo de Melo

Graduação em Biomedicina. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia. Coordenadora de Vigilância em Saúde. E-mail:lanahlima93@gmail.com

Sâmia Roberta da Silva Torres

Bacharel em Nutrição – Programa Bolsa Família -SEMSA – Manaus.

Samara de Oliveira Guimarães

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Nhamundá-AM. E-mail: Samaraguimaraes.nhamunda@gmail.com

Sandra Caroline Pereira Machado

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Tefé – SEMSA. E-mail: sandracarolinemp@hotmail.com

Silvio Schimangogeski

Enfermeiro Supervisor da USF Francisca Amélia/Boca do Acre-AM. E-mail: silvinho.v8@hotmail.com

Sonaria Serrão Castro Ribeiro

Graduada em odontologia. Mestre em Saude da Familia (PROFSAÚDE). Secretaria Municipal de Saúde de Parintins-AM. E-mail: sonna_castro@yahoo.com.br

Tâmela Bruna Viana de Medeiros

Enfermeira e Coordenadora da APS na Secretária Municipal de Saúde de Carauari/AM. E-mail: tamelabruna_@hotmail.com.

Thaís Lorena Mouzinho de Brito

Fisioterapeuta.Centro Especializado em Reabilitação – CER II. E-mail: thais.lorec3@gmail.com

Thalita Renata Oliveira das Neves Guedes

Graduação em Serviço Social. Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – ILMD/Fiocruz Amazônia. Assistente Social na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisadora do LAHPSA/ILMD - Fiocruz Amazonia. E-mail: t.renata.neves@gmail.com

Thalita Souza Mendes

Nutricionista especializanda em Saúde Pública, com Ênfase na Estratégia Saúde da Família – Universidade do Estado do Amazonas/UEA.

Thayana Oliveira Miranda

Enfermeira, Secretária de Saúde do Município de Eirunepé. E-mail: thayanaoliveiramiranda@gmail.com

Thiago dos Santos da Silva

Cirurgião Dentista. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de Olivença, Amazonas, Brasil. E-mail: drthiagosantos@gmail.com

Thiago Silva dos Santos

Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano do Brasil - ULBRA/AM, Mestre em Desenvolvimento Humano pela Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas e especialista em Desenvolvimento Humano adulto e infantil pela Universidade de Araraquara – São Paulo. Especializando em Deficiência Intelectual e TEA – MBI of Miami. E-mail: thsantos90@gmail.com

Trindade de Jesus Vidal Furtado

Gerente de sistemas. Secretaria Municipal de Saúde de Nhamundá-AM. E-mail: trindadevidal@hotmail.com

Valentina Victoria Tourinho Ramos

Cirurgiã Dentista. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de Olivença, Amazonas, Brasil. E-mail: dra.valentinatourinho@gmail.com

Vanessa Colares Magalhães Alves

Graduação em Fisioterapia, pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Saúde Pública pela UNIP. Atualmente, atua na Coordenação de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Coordenação de Planejamento em Manicoré. E-mail: nessah.colares@gmail.com

Vanessa Pereira Oliveira

Fonoaudióloga. Pós-graduação em Transtorno do Espectro Autista -TEA (FINAMA); Pós- graduanda em Analise do Comportamento Aplicada -ABA (FAVENI). E-mail: vanessafonoaudiologa23@gmail.com

Victória Villar Viana Queiroz

Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA - da Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz Amazônia). E-mail: victoriavillar.viana@gmail.com

Viviane Lima Verçosa

Graduada em Psicologia, Mestrado em Saúde Pública na Amazônia e pesquisadora e colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), ILMD/ Fiocruz Amazônia. E-mail: vivianevercosa@hotmail.com

Wendel da Silva Barros

Enfermeiro, diretor de planejamento da secretaria municipal de saúde do município de Coari. E-mail: wendelbar@gmaii.com

Wendell Mattheus Amâncio da Silva

Fisioterapeuta especializanda em Saúde Pública, com Ênfase na Estratégia Saúde da Família – Universidade do Estado do Amazonas/UEA.

Willian Lira Grana

Fisioterapeuta (Especialista em Gestão em Saúde e Pós-graduação em Fisioterapia Gerontológica e Geriátrica) Coordenador da Equipe Emult – Silves-AM. E-mail: williangrana@live.com

Yanna Luane Souza Cavalcante

Fisioterapeuta, Unidade Básica de Atendimento Padre Antônio Cremer/ Secretaria de Saúde de Eirunepé. E-mail: y.luane@hotmail.com

Yasmim França de Colares

Enfermeira, ESF-Careiro AM. E-mail: yasmim_atz@hotmail.com

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora
redeunida

ISBN 978-65-5462-202-8

COSEMS-AM
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas

ILMD Instituto Leônidas & Maria Deane Fiocruz Amazônia

FIOCRUZ

SUS

LAHPSA