



Série Saúde & Amazônia

# Imuniza Amazonas: sobre vidas, afeto e vacinas

Organizadores

Cristiano Fernandes da Costa  
Bernardino Cláudio de Albuquerque

Maria Adriana Moreira  
Cláudio Pontes Ferreira

Gigellis Duque Vilaça  
Júlio Cesar Schweickardt

editora



redeunida



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](https://editora.redeunida.org.br)



ORGANIZADORES

Cristiano Fernandes da Costa  
Bernardino Cláudio de Albuquerque  
Maria Adriana Moreira  
Cláudio Pontes Ferreira  
Gigellis Duque Vilaça  
Júlio Cesar Schweickardt

Série Saúde & Amazônia, 36

# **IMUNIZA AMAZONAS : sobre vidas, afetos e vacinas**

1ª Edição

Porto Alegre

2025

editora  
  
redeunida

**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 Cecon, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes**

**Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);  
**Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Ángel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);  
**Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália);  
**Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália);  
**Berta Paz Lorido** (Universitat de les Illes Balears, Espanha);  
**Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América);  
**Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);  
**Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);  
**Èrica 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, Cleudécir Siqueira Portela, Gercicley Rodrigues dos Santos, Mariza Quércio Machado, Victória Villar Viana Queiroz 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 e Denise Rodrigues Amorim de Araújo (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), Bernardino Albuquerque.

---

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.

---



INSTITUTO LEÔNIDAS  
MARIA DEANE  
FIOCRUZ AMAZÔNIA



Esta obra teve incentivo:



---

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

---

I31

**Imuniza Amazonas:** sobre vidas, afeto e vacinas /Cristiano Fernandes; Bernardino Albuquerque; Júlio Cesar Schweickardt (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

312 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 36).

E-book: 17.00 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-201-1

DOI: 10.18310/9786554622011

1. Imunização. 2. Amazonas. 3. Atenção à Saúde. 4.Cuidado. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM QW 942

CDU 614.47

---

Catálogo elaborado 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](http://www.redeunida.org.br)



# Sumário

IMUNIZA AMAZONAS: sobre vidas, afeto e vacinas.....	11
Cristiano Fernandes da Costa, Bernardino Cláudio de Albuquerque, Maria Adriana Moreira, Cláudio Pontes Ferreira, Gigellis Duque Vilaça, Júlio Cesar Schweickardt	
BANZEIRAR É SALVAR VIDAS: conquistas do PNI na vacinação contra Covid-19 em Barreirinha, AM .....	15
Daniele Santana Ramos, Camila Trindade da Silva, Leopoldo Pimentel Tavares Neto, Péricles Tavares Vieira Filho, Lucas da Silva de Almeida, Elison Gonçalves da Silva, Daiana Santana Ramos, Sonaria Serrão Castro Ribeiro	
NAS LONJURAS DOS TERRITÓRIOS LÍQUIDOS À EQUIDADE NO CUIDADO DOMICILIAR: Experiência do Programa Municipal Tratando em Casa em Barreirinha, AM.....	27
Daniele Santana Ramos, Karina Reis de Oliveira, Leopoldo Pimentel Tavares Neto, Lucas da Silva de Almeida, Elison Gonçalves da Silva, Daiana Santana Ramos, Sonaira Serrão Castro Ribeiro	
PROJETO VACINA BAE, UM ATO DE RESISTÊNCIA: ações e estratégias de imunização em área quilombola no município de Barreirinha, AM.....	41
Elison Gonçalves da Silva, Daniele Santana Ramos, Dorisnei Xisto de Matos, Péricles Tavares Vieira Filho, Lucas da Silva de Almeida, Daiana Santana Ramos, Sonaira Serrão Castro Ribeiro	
A ESTRATÉGIA DRIVE-THRU RIBEIRINHO E A IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: região fronteira de Benjamin Constant e Peru.....	61
Sandy Helena Silva Graça	
A IMPLANTAÇÃO DE UMA BARREIRA SANITÁRIA: vigilância da Covid-19 em Benjamin Constant, AM.....	69
Josivane Reis Nogueira, Augusto Cesar Nunes Alves, Antônio Amâncio Neto, Michele Rocha El Kadri	

A VACINAÇÃO É NOSSA HISTÓRIA, NOSSO FOCO, NOSSO FUTURO:  
município de Boa Vista do Ramos, AM.....87

Ozian da Silva Carvalho, Lindoneide Frazão Bezerra, Emília Soares de  
Souza, Alice Ermínia de Souza Mafra, Tatia Lamara Magno Moraes,  
Lysandra Nivia Guimarães Farias, Sonaira Serrão Castro Ribeiro

NINGUÉM FICA PARA TRÁS: vacinação extramuros como estratégia  
para o alcance de metas no município de Eirunepé, AM ..... 105

Antônio Luiz de Souza Félix, Ingredd Nathacha Cavalcante Tomaz, Liliam  
Rafaelle Souza da Silva

ENTRE RIOS E FLORESTAS: superando os meandros na vacinação em  
Itamarati, AM..... 119

Douglas do Nascimento Mendes, Liliam Silva, Luene Silva Cota Fernandes,  
Geovane Silva da Silva

OS DESAFIOS DA VACINAÇÃO NA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE  
LÁBREA: a potência da promoção do acesso à saúde..... 135

Keyth Ellen Galvão Quintino, Betânia Lacerda Gomes, Sônia Maria Lemos

ICAMPANHA DE VACINAÇÃO DO COVID-19 NA SAÚDE INDÍGENA:  
Município de Manacapuru, AM..... 149

Adriana Batalha da Silva, Aline Aparecida Ferreira Artini, Michele  
Monteiro, Reginaldo da Silva Viana, Rodrigo da Silva Lopes

A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 EM MANAUS: um aspecto  
tecnológico ..... 163

Rogério Luiz Araújo Carminé, Nazivaldo Caciocley Camelo Correa,  
Saymon Erickson da Silva Souza, João Carlos Silva de Oliveira, Fabíola  
Mendonça da Silva Chui, Mário Sérgio Scaramuzzini Torres, Isabel Cristina  
Hernandes

O ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES NO ACESSO À  
IMUNIZAÇÃO NA PERIFERIA DE MANAUS: Relato de experiência.... 195

Stephanie Castilho da Costa, Aldilene Miranda de Albuquerque, Marinalda  
Alves da Silva



ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO: município de Manicoré, AM .....	207
Josely Maria Brandão Colares, Maria Adriana Moreira, Liliane da Silva Soares, Mariles da Silva Bentes, Alexsandro Felix de Oliveira, Sabrina Araújo de Melo	
OS DESAFIOS DE IMUNIZAR E MANTER OS INDICADORES EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: município de Tefé, AM.....	219
Elines Alves Moura da Silva, Lecita Marreira de Lima Barros	
PROJETO AMAZÔNIA SOLIDÁRIA: construção de Produtos de Comunicação em Saúde na Comunidade Nazaré Capanãzinho, Manicoré, AM.....	233
Alexsanderson de Souza Passos, Júlio Cesar Schweickardt, Tiego França de Souza, Teila do Socorro Jacob Laborda, Ana Geralda da Paixão Soares, Maria Adriana Moreira, Janayla Bruna Oliveira de Aguiar	
VACINAÇÃO EM REDE: unindo apoiadores municipais para produzir saúde em Santa Isabel do Rio Negro, AM.....	251
Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte, Gigellis Duque Vilaça	
ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO: município de Urucurituba, AM.....	263
Robert Vasconcelos Ramos, Geida dos Santos Silva, Vilma Costa Rodrigues, Michael Amaral de Oliveira, Eliangela Falcão, Lupuna Corrêa de Souza	
ARTE, ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE: o cuidado da população de rua em Manaus .....	275
Rosiane Pinheiro Palheta Siegele, Raquel Lira de Oliveira Targino, Jacqueline Cavalcante Lima, Maria de Nazaré Feitosa Xaud, Hudson André Arouca Cauper, Lúcia Helena de Araújo Jorge, Maria Dinez Fabá de Oliveira	
PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO! UMA CONQUISTA COMPARTILHADA .....	297
Maria Izabel Nascimento	
SOBRE ORGANIZADORES, AUTORES E AUTORAS .....	299



# IMUNIZA AMAZONAS: sobre vidas, afeto e vacinas

Cristiano Fernandes da Costa  
Bernardino Cláudio de Albuquerque  
Maria Adriana Moreira  
Cláudio Pontes Ferreira  
Gigellis Duque Vilaça  
Júlio Cesar Schweickardt

Singrando em águas amazônidas, das barrentas e tortuosas andanças dos rios, das águas negras, brancas e de todos os tons, apresentamos nesta publicação as histórias que foram escritas pelas mãos dos que constroem a saúde pública do Amazonas. Foram muitas voltas, descendo e subindo os rios, pegando furos e aguardando os banheiros. Ao final, chegamos no texto final, com as marcas dos lugares e dos trabalhadores e das pessoas.

As experiências aqui trazidas fazem parte do Projeto Imuniza-SUS, que foi uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, cujo intuito era produzir, a partir de bases de informações, um panorama da percepção sobre os desafios enfrentados pelo País frente à queda das coberturas vacinais e suas consequências. O esforço coletivo buscou trazer os inúmeros problemas enfrentados no campo da saúde pública e as equipes de profissionais, mais uma vez, foram convidadas a contribuir para reverter o cenário nacional de imunização.

Neste contexto, o conteúdo aqui publicado é fruto das experiências exitosas em imunização, contadas por profissionais de saúde que atuam nos municípios do Estado do Amazonas e apresentadas nas Mostras Estaduais do Projeto Imuniza-SUS realizadas nos anos de 2022 a 2024. Portanto, as experiências fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde locais,

que não medem esforços para superar as barreiras e levar um pouco de esperança ao povo do beiradão, das matas e das florestas, às populações urbanas, quilombolas e indígenas.

Dito isso, convidamos a navegar pelo continente das águas, cenários onde os trabalhadores da saúde se superam no ato de cuidar - com foco na prevenção de doenças evitáveis por meio das vacinas - priorizando a vida, que se torna viva nesse ato de humanidade.

*Porque quem ama cuida e quem cuida escolhe a ciência da vida, que torna a vida mais vivida... Quem ama escolhe a vida - e a vida pode estar no simples ato de vacinar... Pois sim... As vacinas... Sim, as vacinas... Estas salvam vidas. E muitas vidas hoje, ganham novos capítulos por causa delas.*

No banzeiro das longas jornadas, ainda temos muito a contribuir para que o Sistema Único de Saúde (SUS) garanta a universalidade, a integralidade e a equidade voltado para o povo amazônida. Dedicamos esta obra aos companheiros do SUS que ficaram pelos caminhos da vida – muitos dos quais se foram durante a Pandemia de Covid-19 - que foi superada pela ciência e pelas vacinas. A estes, a nossa eterna gratidão. Dedicamos ainda à nossa “Izabel do Nascimento”, que muito contribuiu com o Programa Estadual de Imunização e hoje aproveita sua aposentadoria cuidando dos seus, no seu “Belparaíso”. A ela, nossa mais singela homenagem - a esta mulher que dedicou sua vida profissional a esta causa.

Neste preâmbulo, permita-nos contar um pouco do que está por vir: “Banzeirar é salvar vidas” que o município de Barreirinha conta sobre os desafios e conquistas na vacinação contra a Covid-19. Depois o cuidado domiciliar nas lonjuras percorridas nos territórios líquidos do município do Baixo Amazonas, vem à lembrança do “princípio da equidade”, e no logo

então, as estratégias de resistência dos quilombos se materializam na forma de bem cuidar traduzida no “projeto vacina BAE”.

No Banzeiro das águas também se salvam vidas dentre os diversos desafios do Programa Nacional de Imunização (PNI), já das águas do Alto Rio Solimões os desafios enfrentados na região de fronteira, onde os países se uniram frente à Pandemia anunciada e as “Barreiras Sanitárias” como estratégias de contenção do inimigo em comum. De lá também é contada a estratégia do *DRIVE – THRU Ribeirinho* que, no enfrentamento da COVID-19, no balanço do banzeiro do Rio, transformou as equipes de Benjamin Constant em “piratas do bem”, levando as vacinas a quem por ali navegava...

Novamente nas águas do Baixo Rio Amazonas, a experiência de Boa Vista do Ramos fez da vacinação a sua história, seu presente e seu futuro. Nas curvas do Juruá, ninguém fica pra trás: dentro e fora dos “muros” no município de Eirunepé, terra dos filhos do rio Eirú, berço de grandes personalidades e com muitas histórias. Ainda no Juruá, entre Rios e Florestas, da florestania, da caminhada, quem conta essa história de superação é a equipe de Itamarati que revela os desafios da vacinação dos povos da floresta. Já da calha do Purus, a experiência relatada mostra que os desafios são superados pela “potência da promoção do acesso à saúde”, traduzida pelas equipes de Lábrea. Já no Rio Negro e Solimões, a multidisciplinaridade foi a experiência exitosa de Manacapuru, levando a vacinação para as comunidades indígenas.

Convidamos ainda para conhecer a tecnologia por trás dos Desafios da Vacinação Contra Covid-19 na capital Manaus, que teve um dos seus maiores desafios já enfrentados pelas equipes, porque vacina boa é vacina no braço da população. Ainda Manaus conta sobre as vulnerabilidades enfrentadas pelas populações da periferia da Capital, e como na Zona Leste se produz o acesso as vacinas por meio de metodologias participativas. Os pequenos foram lembrados pela turma do Rio Madeira que vem nos contar

as criativas “Estratégias para o Aumento da Cobertura Vacinal dos Menores de um Ano”. Na comunidade de Nazaré do Capananzinho, área ribeirinha de Manicoré, aconteceu o Projeto “Amazônia Solidária”, que promoveu a construção de estratégias de comunicação e informação sobre a Covid-19 e as vacinas do calendário vacinal, foram jogos, poesias, paródias e cartilhas produzidas pela comunidade.

Em tempos difíceis, juntos somos mais fortes, quem nos conta sua experiência é Santa Isabel do Rio Negro que mostra a superação quando de mãos dadas se “tece” uma rede de ajuda unindo os apoiadores municipais para multiplicar saúde. Do município de Tefé, terra na castanha da Amazônia, vem a experiência que traz os desafios em manter os indicadores e as coberturas vacinais em tempos de Pandemia. Urucurituba traz a experiência do trabalho: “Fortalecendo as ações de imunização das nossas crianças menores de um ano”. Por fim, temos a experiência do consultório na rua de Manaus, que nos traz um belíssimo exemplo de como desenvolver o cuidado dessa população invisibilizada pela arte.

Por fim, essa obra é um pequeno recorte da trajetória daqueles que dedicam a mais nobre das missões, que é promover a vida e as condições de saúde para todas as pessoas, sejam na periferia, na área ribeirinha, nas comunidades indígenas, na fronteira, no quilombo, na rua... Afinal uma dose de vacina é sinal de esperança, fica para sempre, mesmo tudo se transformando...!

Desejamos uma boa leitura e uma prazerosa viagem pelos caminhos das águas amazonenses!

# BANZEIRAR É SALVAR VIDAS: conquistas do PNI na vacinação contra Covid-19 em Barreirinha, AM

Daniele Santana Ramos  
Camila Trindade da Silva  
Leopoldo Pimentel Tavares Neto  
Péricles Tavares Vieira Filho  
Lucas da Silva de Almeida  
Elison Gonçalves da Silva  
Daiana Santana Ramos  
Sonaria Serrão Castro Ribeiro

## Introdução

---

A Covid-19 é uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Para a OMS, em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China, foram descritos os primeiros casos de pneumonia causada por um agente desconhecido e reportados às autoridades de saúde. No dia 7 de janeiro de 2020 foi anunciado o sequenciamento do genoma viral e no dia 12 de janeiro, a China compartilhou a sequência genética com a OMS e outros países através do banco de dados internacionais. Desde então, os casos começaram a se propagar rapidamente pelo mundo, inicialmente pelo continente asiático, havendo relatados na Tailândia, Japão e Coreia do Sul nos dias 13, 15 e 20 de janeiro, respectivamente. Em seguida, o vírus foi importado para outros países e continentes. No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro, foram registrados mais de 374 mil casos, com mais de 23 mil óbitos atestados (Malta *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2020).

Durante o ano de 2020, as etapas de estudos científicos sobre vacinas contra o novo coronavírus foram acompanhadas pelos pesquisadores e a sociedade. Quatro destas pesquisas foram realizadas no Brasil, fato que não somente cooperou para nossa familiarização com os bastidores e o cotidiano da ciência, como alavancou as esperanças de que estaríamos realmente próximos da tecnologia que poderia dar fim à pandemia (Castro, 2021).

Ainda em 2020, as primeiras vacinas receberam autorização para uso emergencial em alguns países europeus e nos Estados Unidos e, no dia 17 de janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou o uso emergencial de duas vacinas no Brasil. A cada nova injeção, as expectativas de que em um futuro breve, falaríamos da pandemia como um evento do passado (Castro, 2021).

Em maio de 2023, a OMS declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19. A decisão foi tomada após receber a recomendação do Comitê de Emergência (CE) encarregado de analisar periodicamente o cenário da doença, onde um dos seus principais embasamentos foi o avanço da vacinação. O fim da ESPII não significa que a Covid-19 tenha deixado de ser uma ameaça à saúde, o que significou que os países poderiam fazer a transição do modo de emergência para o de manejo da Covid-19 juntamente com outras doenças infecciosas (OPAS, 2023).

A vacinação, considerada um dos maiores avanços científicos da história, desempenha um papel fundamental na redução da mortalidade em situações de pandemia. Ela estimula a resposta imunológica do organismo humano contra agentes patogênicos, diminuindo o impacto dessas doenças na saúde das pessoas. As vacinas anti-Covid, submetidas a rigorosos ensaios clínicos, demonstraram alta eficácia em diferentes grupos demográficos, abrangendo faixas etárias, etnias, sexos e pessoas com condições médicas pré-existentes (Costa *et al.*, 2024). Por fim, necessitamos afirmar que



a imunização é a melhor e maior estratégia de enfrentamento contra a Covid-19 (OPAS, 2023).

No contexto brasileiro, a eficiência das campanhas de vacinação anti-Covid enfrentou desafios adicionais. O Brasil, que sofreu um elevado número de óbitos, se viu confrontado com o negacionismo científico, que resultou na aceitação de tratamentos não validados cientificamente e na propagação de terapias ineficazes, acompanhadas de graves efeitos colaterais. Além disso, houve oposição às diretrizes sanitárias da OMS. A adesão à vacinação foi fortemente influenciada por indivíduos não especializados que minimizaram a eficácia das vacinas por meio de *fake News*, disseminadas em diversos meios de comunicação e amplamente divulgadas em redes sociais. Autoridades políticas e instituições de renome no Brasil também contribuíram para esses obstáculos à aceitação das vacinas anti-Covid-19 (Lowy & Berlivet, 2020).

Além disso, o território brasileiro apresenta grande diversidade geográfica, cultural e organizacional, a citar a vastidão da Região Amazônica. Essa complexidade territorial exigiu abordagens diferenciadas para a vacinação, tornando evidente a necessidade de soluções ágeis e eficazes para reduzir os casos e controlar a pandemia. É importante destacar que, de acordo com os registros epidemiológicos, a Covid-19 afetou mais intensamente as regiões interioranas do Amazonas do que as áreas metropolitanas de Manaus. Essa disparidade é resultado das vulnerabilidades imunológicas e sociodemográficas de grupos que habitam o interior da Amazônia, como ribeirinhos, indígenas e quilombolas, que historicamente enfrentam surtos epidêmicos e têm sido as principais vítimas dessas doenças (Espinola & Lopes, 2021; Coelho *et al.*, 2020; Muniz, 2021).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2016), quando o acesso às políticas de saúde deve ser oferecido com eficiência e apoio adequado. A gestão deve prover

o incentivo financeiro e operacional dos programas e ações estratégicas, como é o caso do Programa Nacional de Imunização (PNI). O PNI tem uma história de grande sucesso, com experiências bem-sucedidas em campanhas em todos os âmbitos e com reconhecimento internacional (Brasil, 2024).

O presente trabalho visa relatar as estratégias do Programa Municipal de Imunização (PMI) com atuação da equipe itinerante de vacinação nos anos de 2021 e 2022, objetivando o alcance de cobertura vacinal na área rural. Devido as grandes extensões, chuvas, vazantes e enchentes o alcance do público-alvo torna-se um desafio para a equipe de vacinadores. Deste modo, fazer saúde nos territórios do município requer seriedade, dedicação e participação da gestão municipal, além de trabalhadores e profissionais comprometidos com a qualidade da saúde da população.

## **Barreirinha: a Princesinha do Paraná do Ramos**

---

Popularmente conhecida como a Princesinha do Paraná do Ramos, Barreirinha é um município que fica localizado no interior do estado do Amazonas, banhada por territórios líquidos composto pelo Rio Andirá, Paraná do Ramos e Rio Massaurí, suas terras são divididas em terra firme e várzeas. A sede do município fica distante 331 km de Manaus, capital do Estado, com acesso realizado exclusivamente por via fluvial com duração entre 08 e 30 horas, a depender do tipo de embarcação. A população de Barreirinha, segundo o último censo de 2022, é estimada em cerca de 31.065 habitantes, com concentração de 60% na área rural, distribuídos em distritos, comunidades, agrovilas, vilas e núcleos familiares, sendo 06 comunidades quilombolas, 60 aldeias indígenas e 104 comunidades ribeirinhas, e 40% da população em área urbana, dívida em 09 grandes bairros (IBGE, 2023).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), Barreirinha possui 20 estabelecimentos de saúde ativos, com equipes de saúde da família desenvolvendo assistência básicas. Na área rural, o município dispõe de 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Saúde da Família Ribeirinha Ampliada (ESFR), possui equipe de Saúde Bucal, 03 UBS com Equipes de Agentes Comunitário de Saúde (EACS) e por fim, uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). De toda forma, levar assistência à saúde de todos os munícipes, como forma de garantia de direito, se constitui um grande desafio, especialmente para um território diferenciado, diverso e múltiplo.

## **Falando da Covid-19, imunização e traçando estratégias**

---

Desde o início da pandemia de Covid-19, Barreirinha teve 69 óbitos, até dezembro de 2023, e mais de quatro mil casos positivos. Os altos índices de registros de casos de Covid-19 elevaram a necessidade de ampliar a vacinação e reorganizar as estratégias para o alcance na cobertura das populações. Para isto, elaborou-se um cronograma de vacinação com público prioritário, seguindo os seguintes critérios preconizados. Outro ponto levado em consideração foi a logística da sede até as comunidades, uma vez que as distâncias variam de 70 a 100 quilômetros (km) em lancha de grande porte (100hp), levando de 01 a 04 horas de viagem. Vale salientar, que no período da seca/estiagem, existem 03 comunidades rurais ligadas a sede por estrada de terra batida a 12km de distância, com duração de 40 minutos de viagem em carro.

A vacinação no município de Barreirinha iniciou no dia 20 de janeiro de 2021, conforme o Plano de Contingência da Vacinação contra a Covid-19 do município. A imunização foi levada primeiramente as populações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), como os profissionais de saúde atuantes na linha de frente, população remanescentes, indígenas

e ribeirinhos, pessoas com comorbidades e profissionais da segurança. Assim, no início da vacinação, o Programa Municipal de Imunização (PMI) elaborou estratégias para alcance dessas populações, considerando a extensão territorial, as especificidades, desafios locais e experiências anteriores de campanha.

As viagens da equipe itinerante iniciaram pelas comunidades mais distantes para as mais próximas. Importante reforçar que na época de estiagem dos rios, não é possível chegar em algumas comunidades por via fluvial. Sendo assim, a equipe realizava alguns trajetos que variam de 20 a 30km por motocar (motocicleta com carrocinha) até ao ponto de referência (Imagem 1) dessas comunidades isoladas para iniciar a imunização. Ressaltamos que a enchente e vazante são determinantes para as ações de imunização.

**Imagem 1.** Barracão de referência para vacinação.



Fonte: Arquivo do PNI Municipal, 2021.

Após o estabelecimento da equipe em um local estratégico na comunidade, é realizado um momento de educação em saúde sobre aspectos necessários da vacinação, a destacar a importância do imunizante e o combate a notícias falsas. Em seguida, os profissionais avaliam cada

caderneta de vacinação e realizam a imunização (Imagem 2). Como forma de alcançar e atrair os comunitários, a equipe local divulga por meio da “voz na comunidade” (Imagem 3), a rádio local e o aviso em domicílio com o agente de saúde. A atividade *in loco*, é uma forma de garantia de direito e o cumprimento dos princípios do SUS, essas viagens são necessárias e válidas.

Em relação ao imunizante em questão, por ser algo novo, observamos uma grande resistência a aceitação, o que resultou na baixa procura nas salas de vacina na sede municipal. Frente a isso, foi realizado uma intensificação de educação em saúde nos meios de comunicação e na própria unidade básica, posteriormente, notamos que a procura pela vacina apresentou um crescente, bem como maior aceitação na área rural e urbana. Dessa forma, Barreirinha apresentou cobertura vacinal na primeira dose de 108,1% e na segunda dose 88,3%, totalizando 94.051 doses (FVS, 2023).

**Imagem 2.** Técnicas avaliando as cadernetas.



Fonte: Arquivo do PNI Municipal, 2021.

Uma outra estratégia utilizada, foram reuniões periódicas com gestores municipais, gestores de saúde e equipe de vacinação, com intuito de discutir e apresentar as etapas da campanha, objetivando refletir sobre as melhores estratégias a serem utilizadas, custos e demandas das viagens, materiais utilizados e demais gastos para cumprimento de cobertura vacinal. Justificando a urgência e a necessidade de realização de uma grande mobilização, foi elaborado o Plano Municipal de Contingência da Vacinação da Covid-19 durante esses encontros, compreendendo todo o processo de imunização. Importante ressaltar ainda, o apoio total da gestão municipal e total confiança nas estratégias estabelecidas. As ações de promoção em saúde com a temática de imunização, reforçava que a responsabilidade em manter a caderneta vacinal atualizada deve ser compartilhada com a comunidade em geral, trabalhadores, profissionais de saúde e gestão em saúde.

**Imagem 3.** Voz da comunidade.



Fonte: Arquivo pessoal do Sr. Iracelmo, ACS e proprietário da voz da comunidade, Distrito de Santa Maria do Lago Preto, 2023.

O PMI trabalha com uma equipe itinerante (Imagem 4), que viaja conforme o cronograma e população específica. Durante os anos de 2021 e 2022, o Programa Municipal elaborou em torno de 24 cronogramas de viagens, alcançando todas as comunidades rurais do município. Quanto ao território indígena, foi acompanhado pela equipe de imunização do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/Parintins), onde foi repassado cerca de 12.114 doses para tender esse público.

Estipula-se o alcance de 90% da cobertura vacinal em área rural, e estima-se que a equipe viajou mais de 480h anualmente para chegar a todas as comunidades, sendo a mais distante com 76,80 km e a mais próxima com 11,71 km de distância da sede. Em comparação a extensão territorial, para se chegar a Parintins, município polo do baixo Amazonas, a distância é de 68,75 km, ou seja, é mais perto chegar no município vizinho que em uma das comunidades mais distantes da sede. Quanto ao percurso percorrido estima-se mais de 800 km por etapa, totalizando 8.000 km viajados nos rios, lagos e igarapés do município, bem como estradas ao longo do percurso.

**Imagem 4.** Equipe Itinerante.



Fonte: Arquivo do PNI Municipal, 2021.

## **Rio Andirá: desafio para navegar e produzir acesso**

---

O rio Andirá que tem característica de ser agitado com mudanças repentinas, se mostrou grande desafio para percorrê-lo, onde só era possível a navegação em alguns horários do dia. Devido aos ventos fortes, formam-se ondas que balançam a lancha, que popularmente é chamado de banzeiros. Podendo ser tão fortes a ponto de naufragar as embarcações. Nas viagens da equipe do PNI é muito comum enfrentar banzeiros e ventos fortes, um fenômeno que normalmente a equipe itinerante está acostumada. É comum também o tempo mudar rapidamente e se tornar tão forte a ponto de as viagens atrasarem ou serem suspensas. Em determinados períodos do ano como o inverno amazônico, que costuma ser de dezembro a junho, tende a ser desafiador para o cumprimento do cronograma. Ainda assim, é de fundamental importância as viagens e alcance das comunidades para cumprir o calendário nacional de imunização e garantir a cobertura de vacinação do município, mesmo que existam alguns “banzeiros” que dificultem as ações.

Devido às viagens realizadas pela equipe itinerante, o município alcançou resultados positivos no cumprimento de metas, imunização da população e redução de casos graves, que consequentemente reduziu óbitos no município.

## **Considerações finais**

---

Fazer saúde nas comunidades tradicionais do município de Barreirinha requer um planejamento minucioso para alcance de resultados positivos. Para a execução das ações é fundamental importância um trabalho que envolva toda a equipe e que acredite na possibilidade de mudança e de transformação do cenário epidemiológico dos territórios.

Segundo o poeta barreirinhense Thiago de Melo “o seu trabalho não é a pena que paga por ser homem, mas um modo de amar e de ajudar



o mundo a ser melhor”. Nesse pensamento, o PNI Municipal atua como ênfase na garantia de vida e direito de acesso com qualidade aos usuários, mesmo nas comunidades mais distantes e isoladas.

O potencial da atuação da equipe de imunização é de grande importância para salvar vidas, e que durante décadas é uma referência mundial. No município, os resultados alcançados são a prova viva da necessidade do fortalecimento, investimento e adequações da Política Nacional de Imunização. Para a população de 31.065 habitantes, o município conta com uma rede de frio, duas salas de vacina na sede, uma sala de vacinação na UBSF e uma equipe itinerante formada por dez vacinadores.

Por fim, é de suma importância ressaltar a participação da gestão municipal no que diz respeito aos investimentos, apoio logístico, financeiro e na elaboração das estratégias e metas que foram traçadas. Destaca-se também a importância do acolhimento das comunidades, que na maioria das vezes esperavam ansiosamente as equipes, e especialmente os vacinadores que percorrem estradas e rios, poeiras e banheiros na esperança de levar o direito à saúde para garantir a vida as populações tradicionais ribeirinhas, quilombolas e indígenas.

## Referências

---

- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização-Vacinação. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pni>
- Brito, S. B. P., Braga, I. O., Cunha, C. C., Augusta, M., Palácio, V., Takenami, I. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do
- Castro, R. (2021). Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310100
- Coelho, F. C., Lana, R. M., Cruz, O. G., Villela, D. M., Bastos, L. S., Piontti, A. P. ... Gomes, M. F. C. (2020). Assessing the spread of COVID-19 in Brazil: Mobility, morbidity and social vulnerability. *PLoS One*. 15(9): e0238214
- Brasil. (2016). Constituição Federal de 1988 [CF-88]. Constituição da República Federativa

- do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República.
- Costa, A. E. B., Sousa, Y. J. S., Couto, É. M. S., Vieira, B. L. B., Oliveira, S. M. S., Valentim, L. A. ... Fernandes, F. P. (2024). COVID-19 em uma comunidade ribeirinha: desvelando um cenário acerca de adesão à vacinação. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.17, n.1, p. 2198-2213
- Espinola, R. R. P. S., & Lopes, C. P. (2021). Breve Análise das Operações de Logística Integrada da Vacina para Covid-19 no Brasil. Universidade Paulista. International Conference on Network Enterprises & Logistics Management.
- FVS. (2023). Fundação de Vigilância em Saúde do Amazona Vacinas contra COVID-19. Recuperado de [https://www.fvs.am.gov.br/transparenciacovid19\\_vacinas](https://www.fvs.am.gov.br/transparenciacovid19_vacinas)
- Lowy, I., & Berlivet, L. (2020). The problem with chloroquine. *Epistemologists, methodologists, and the ( mis ) uses of medical history*. *Historia, Ciencias, Saude – Manguinhos*.
- Muniz, É. S. (2021). A interiorização da covid-19 na Amazônia: reflexões sobre o passado e o presente da saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.28, n.3, jul.-set. 2021, p.875-878
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2023). Barreirinha. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/barreirinha/panorama>
- Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. A., Gomes, C. S., Machado, Í. E., Júnior, P. R. B. S. ... Gracie, R. (2020). A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 29(4):e2020407
- OPAS. (2022). Organização Pan-Americana de Saúde Excesso de mortalidade associada a covid. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021#:~:text=Excesso%20de%20mortalidade%20associado%20%C3%A0,Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%2DAmericana%20da%20Sa%C3%BAde>
- OPAS. (2023). Organização Pan-Americana de Saúde. OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>

# NAS LONJURAS DOS TERRITÓRIOS LÍQUIDOS À EQUIDADE NO CUIDADO DOMICILIAR: Experiência do Programa Municipal Tratando em Casa em Barreirinha, AM

Daniele Santana Ramos  
Karina Reis de Oliveira  
Leopoldo Pimentel Tavares Neto  
Lucas da Silva de Almeida  
Elison Gonçalves da Silva  
Daiana Santana Ramos  
Sonaira Serrão Castro Ribeiro

*O saber do povo é uma expressão de vitória [...]  
É a força originária dos nossos ancestrais [...]  
Sapiência afagada no colo de uma mãe Amazônia [...]  
São batalhas, resistências, persistências e esperanças.  
(Aguiar; Kawakami e Bastos, 2024)*

## Introdução

---

Os saberes ancestrais, cuidados e tradições fazem parte das diversas riquezas da região norte do Brasil. Como citam Schweickardt e Barreto (2023), os povos da Amazônia experimentam conceitos próprios para expressar a relação com o ambiente, para fazer a cura, para se relacionar uns com os outros e de viver no mundo na relação com outros seres.

Nesta reflexão apresentaremos experiência do fazer saúde em espaços amazônidas, cercado por fauna, flora e recursos hídricos. O desafio

é superar as distâncias do cuidado, atenção, acesso e garantia de proteção de direitos universais aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto a compreensão das especificidades dos territórios e povos fez-se necessário diante das ofertas de atenção à saúde na região, precisamente na região rural do município de Barreirinha, interior do estado do Amazonas.

Apresentamos o cuidado domiciliar de forma dinâmica, construtiva e humanizada no município de Barreirinha. A experiência compartilhada na “TV Mostra Amazonas Aqui tem SUS” ampliam possibilidades de conhecer estratégias e atividades que gestores, trabalhadores e profissionais desempenham no âmbito da saúde pública e reforçam o compromisso da Constituição Federal de 1988 (CF-88): “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Neste sentido, convidamos aos caros leitores a conhecer parte da região amazônica por meio do Programa Municipal Tratando em Casa, desafios e perspectivas para garantir acesso a saúde humanizada a quem necessita.

**Figura 1.** Equipe em ação tratando em casa.



Fonte: Arquivo pessoal, 2022.

## Das lonjuras dos territórios de sobrevivência

---

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), o município de Barreirinha no Amazonas é considerado rural remoto e localiza-se à margem direita do Paraná do Ramos, distante da Capital do Estado a 372 km em linha reta e 420 km por via fluvial, sendo a única forma de acesso ao território barreirinhense. Sua área territorial é de 5.751,765km<sup>2</sup>, totalizando 31.051 pessoas morando em área urbana e rural. Estima-se que cerca de 60% da população reside em área rural.

O clima Tropical chuvoso e úmido, seu relevo é formado por terras altas (terra firme) e baixas (várzeas) e seus rios, além de ser uma das principais fontes de renda e alimentação para a população ribeirinha, são de grande importância à navegação de embarcações de pequeno e médio porte, transportando cargas e passageiros, bem como permitindo a interligação entre a capital e demais municípios durante todo ano. Barreirinha é rica em cultura, beleza natural, saberes ancestrais e religiosidade advindas de seus povos ribeirinhos, quilombolas e indígenas que inspiram música como cantam Adalberto Holanda e Anibal Beça (Raízes Caboclas, 1998) “Senhora do Bom Socorro das águas de Barreirinha nos ramos do Paraná é que a ariramba se aninha” Com terras registradas e protegidas valorizando a vida e tradições centenárias.

A área rural é composta por distritos, comunidades, vilas, agrovilas e núcleos familiares caracterizados de acordo com o quantitativo populacional da área. Podendo estar localizados em áreas de várzea, estradas e terra firme. A maioria das comunidades têm o acesso unicamente por transporte fluvial e somente algumas por estradas. No total, o município possui em torno de cento e setenta comunidades rurais, sendo seis quilombolas reconhecidas pela Fundação Palmares (2003), setenta aldeias indígenas e noventa e quatro ribeirinhas e rural.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) observou que as distâncias das comunidades mais distantes até a sede do município são estimadas em oitenta quilômetros em linha reta, e as mais próximas em torno de onze quilômetros. Dada as características sazonais, a cidade de Barreirinha passa anualmente por dois fenômenos naturais, característicos da Amazônia, período de vazante e cheias dos rios e de acordo com cada ano as alterações influenciam diretamente a vida dos povos tradicionais. Em período das cheias, os rios podem inundar parcialmente ou totalmente casas, lavouras e estradas.

Durante as cheias, as casas são construídas com assoalhos de madeira chamados de marombas, como um outro nível do piso dentro das residências. Quanto às lavouras, as perdas são inevitáveis e causam prejuízos econômicos, visto que a grande maioria vive da roça. Citamos ainda os transportes de animais como porcos, galinhas, cavalos e bois para outras áreas, chamadas de terra firme, estratégia para salvar os animais. Nesse período, as estradas ficam submersas e toda a circulação na região se dá por meio de embarcações fluviais. A navegação varia entre cascos, canoas, voadeiras e motor de popa de acordo com a condição financeira de cada família.

Assim como a enchente, a vazante também altera o modo de vida das populações locais, com a seca extrema as lavouras secam e perdem produção, animais perdem peso e chegam a morrer por falta de água, peixes e demais animais aquáticos perdem partes de seu habitat resultando em mortes. As embarcações ficam sem acesso às comunidades mais longínquas, resultando em desabastecimento de mercadorias e serviços nas regiões. E por fim, influenciam diretamente da saúde das pessoas.

Aos olhos distantes desse lugar, parece que viver nesse território é extremamente difícil, mas o cotidiano e o tempo ancestral, coloca essas populações como resistentes e ajustados às transformações do território líquido. Nesse sentido, as políticas públicas têm o papel de garantir o bem-

estar social e sanitário dessas comunidades, com ações adaptadas a cada período e desastre ambiental.

## **Da garantia de saúde como direito**

---

O artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. As políticas de saúde buscam promover ao acesso universal e igualitário às ações promoção, proteção e recuperação para todas as pessoas. A partir disso, a SEMSA e a Prefeitura de Barreirinha, a partir de julho de 2022, elaboraram o Programa “Tratando em Casa”, para atendimento, acompanhamento e tratamento de usuários domiciliados, especialmente da área rural do município.

O Cuidado Domiciliar (CD) é voltado para a necessidade de cada usuário. Conforme definido pelo Ministério da Saúde (MS) esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o usuário precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família (eSF) na Atenção Básica de sua área de cobertura. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio do Serviços de Atenção Domiciliar quando contemplado as especificidades do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa. Devido ao município de Barreirinha não se encaixar nos quesitos para adesão, ainda assim ter demandas houve necessidade de elaborar estratégias para inserir um serviço de acompanhamento domiciliar municipal. Então sendo proposto o Programa Municipal “Tratando em Casa” (PMTTC).

Desta forma citados o Caderno de Atenção Domiciliar (CAD, 2013) como parâmetro, visto que esclarece que trabalhar com essa complexidade

na medida em que o ambiente de cuidado é o domicílio, onde a EMAD não tem o suporte físico da instituição, desnuda as dificuldades e os problemas, além de a necessidade de cuidado ser singular, e não definida apenas pela doença. O cuidado no domicílio naturalmente provoca ampliação da clínica, uma vez que a pessoa cuidada demanda diversidades de olhares e necessita de múltiplos serviços. Assim, a Equipe Municipal de gestão e profissionais de saúde se comprometem em garantir o serviço mais acessível e humanizado em usuários em condições paliativas e/ou acamadas em suas residências.

## **Equidade no cotidiano da população Ribeirinha**

---

O PMTC surgiu a partir da necessidade de levar atendimento multiprofissional aos usuários acamados e que necessitam de tratamento especial, principalmente usuários da área rural. Área onde a cobertura da atenção básica na maioria das vezes não chega por meio da Estratégia de Saúde da Família (eSF).

A capacidade instalada o município conta com 21 estabelecimentos de saúde: Gestão, Vigilância em Saúde, Academia da Saúde, Centro de Psicologia e Laboratório de Prótese Dentária, Unidades Básicas de Saúde e Unidade Hospitalar. Quanto às equipes de saúde: estão credenciados nove ESF, com três na sede; quatro Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e uma Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), vinculada a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), que são formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais de fisioterapia, psicologia, nutricionista e assistência social Equipe Multidisciplinar (eMulti). As três Equipes de Agentes Comunitários de Saúde acompanham os territórios com profissional de enfermagem, técnico de enfermagem e ACS.



Diante do exposto, observamos a necessidade de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar aos usuários do SUS nas comunidades mais distantes, onde o acesso é desafiador e constante. Seja pela distância, logística e/ou escassez de profissionais. Portanto, a atenção domiciliar é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do usuário e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Assim, a gestão municipal montou uma Equipe Multidisciplinar composta por médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga, cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta, técnica em enfermagem, técnica em saúde bucal e motorista fluvial. A coordenação é responsável por realizar busca ativa de usuários com os eSF do município e elaborar cronograma de visitas, com contato inicial na família para compreender a condição de cada usuário. Do mesmo modo, como criar vínculo para maior adesão a Equipe do Programa “Tratando em Casa” (PMTTC).

Cada caso é analisado minuciosamente e elaborado um plano de trabalho em conjunto com cada profissional para garantir a longitudinalidade do cuidado de forma eficaz. Foi proposto em equipe as melhores tomadas de decisão. Dentre os profissionais citados, observamos de grande importância a participação da assistência social na viabilização de direitos, especialmente de idosos. A interação da psicóloga com a família, especialmente em casos de usuários em estágio terminal.

A compreensão dos familiares quanto ao cuidado domiciliar dos usuários, especialmente nas comunidades rurais mais distantes, faz-se necessário a reflexão da garantia de direitos a assistência à saúde em todas as fases da vida, não apenas de visitas rotineiras mensais, mais como suporte para aliviar dores no fim da vida.

A equipe observou que os cuidados tradicionais são muito importantes, especialmente no uso de remédios naturais como chás (sara

tudo, unha de gato, quebra pedra), óleos naturais (andiroba, copaíba, leite de amapá, leite de sucuba) e banhas de animais como balsamos, especialmente banha de boto e banha de sucurijú (cobra da região). Entre outros cuidados realizados pelos familiares. Mesmo com os tratamentos medicinais tradicionais, as famílias aderiam ao tratamento proposto pelo PMTC e, caso não houvesse adesão, era proposto a assinatura de um termo de recusa ao acompanhamento do usuário. Ao longo do Programa não houve recusa, sendo, assim, analisado como um serviço de 100% de aceitação da população.

Ao alcançar usuários em necessidades nas comunidades e cabeiras (áreas distantes e nascentes dos rios), em condições acamadas, com necessidades de cuidados paliativos, em condições estágios finais da vida, reforça-se mais ainda a urgência em garantir um cuidado humanizado e qualificado. Para isso, promovemos a dignidade humana por meio da assistência à saúde, que, por vezes, tornam-se “um peso” para a família.

Aos familiares, é abordado formas de lidar como o usuário com cuidados e tratamentos que minimizem o sofrimento, envolvendo-os como responsáveis pelo bem-estar físico, mental, sanitário e social da pessoa. Lembrando-os que a condição na maioria dos casos é irreversível, para tanto a sensibilidade no lidar é ainda mais importante. Diante das experiências os profissionais atuam reforçando os princípios da universalidade, integralidade e equidade seja por rios e caminhos o objetivo do SUS é alcançá-los.

## **Banzeriar é desafiar-se para fazer saúde**

---

O objetivo principal do PMTC é ofertar o atendimento multiprofissional nas casas de usuários com necessidade de reabilitação motora, domiciliados e acamados, pacientes crônicos e paliativos e/ou

situação pós-cirúrgica. A ênfase e motivação é a garantia do direito de acesso universal na área rural. O PMTC surgiu a partir da observação da SEMSA de Barreirinha sobre a cobertura da atenção básica, com apoio dos profissionais multidisciplinares, aos usuários em estado crítico em domicílio, especialmente onde não há equipes de saúde da família. Dessa forma, montou-se uma equipe especial formada por uma Coordenação e profissionais de saúde.

Como público-alvo estipulou-se os critérios para o “Tratando em Casa”: usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. A indicação para o atendimento domiciliar pode vir de diferentes serviços da rede de atenção. A prestação de cuidados em saúde é de responsabilidade da equipe multiprofissional de atenção domiciliar e da equipe multiprofissional de apoio sendo o cuidado compartilhado com a família e/ou cuidador responsável.

Os usuários que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo “Tratando em Casa”. Em caso de usuários da área rural, a equipe trabalha com cronograma de ações e viagens, no qual a eSFR e ACS repassam a demanda para a coordenação. Mediante a demanda, elabora-se o cronograma de viagens, sempre seguindo as ordens de prioridades nos casos assistidos.

Dependendo das áreas e localidades visitadas, pode-se chegar até doze comunidades por cronograma. Na sede, estipulou-se que os dias de visita seria nas quartas e quintas feiras, na primeira e segunda semana de cada mês. Quanto à área rural, são reservadas as três últimas semanas de cada mês, também as quartas e quintas. Os demais dias a equipe elabora material, constrói as atividades e organiza as ações.

Como apoio logístico a Secretaria de Saúde disponibiliza dois carros estilo picape para transporte terrestre de equipe, materiais e insumos utilizados durante as viagens. Para o apoio fluvial, é disponibilizado uma lancha de médio porte com motor de popa 100hp abastecida para todas as viagens do programa. Durante as viagens a equipe percorre o Rio Andirá, conhecido na região pelas fortes ondas formadas pelos ventos que de acordo com o clima aparecem repentinamente, formando banzeiros com riscos de afundar a embarcação. Mesmo com os fortes banzeiros, realizam-se rotineiramente o percurso até as comunidades e cabeceiras, sendo apenas mais um desafio encontrado no desenrolar do projeto.

Por fim, os profissionais estão sempre identificados com coletes, bonés e crachás para garantia do cuidado de forma responsável e segura aos usuários. Por ser um programa municipal a fonte ordenadora de despesas é de responsabilidade do recurso ordinário do município, conforme apresentado e deliberado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) local.

## **Porque o cuidado importa**

---

Como fruto da experiência do Programa observamos os seguintes resultados:

- Eficiência no tratamento e acompanhamento de usuários da área rural;
- Fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários do PMTC;
- Participação no cuidado compartilhado entre família e equipe multiprofissional do PMTC;
- Garantia de acesso aos cuidados em saúde aos usuários paliativos;
- Grande aceitação da comunidade em geral ao aderir o PMTC;

- Números expressivos de atendimentos aos usuários do PMTC;
- Maior confiabilidade e adesão ao acompanhamento psicológico;
- Cumprimento de 90% do cronograma de viagem do PMTC.

Em relação à eficiência no tratamento, destacamos a presença de todos os profissionais da equipe multidisciplinar no atendimento compartilhado, com continuidade do tratamento e resultados esperados. Isso é possível, graças a relação de confiança construída entre equipe e usuários do Programa. Observamos que há uma maior participação da família na assistência ao usuário, especialmente na ausência da equipe. A abordagem da assistente social reforça os direitos e deveres de cada usuário e de seus respectivos familiares, bem como penalidades caso haja negligência e/ou descuido com a pessoa.

Para garantir o acesso universal e equânime aos usuários do programa “Tratando em Casa”, a equipe busca ir aos seus usuários, especialmente os que precisam de cuidados paliativos, estando nas comunidades fluviais mais distantes. Neste item, a equipe já acompanhou três usuários com câncer em estado terminal, sendo assistido até o fim de suas vidas. Aproximadamente mais de 200 usuários já foram acompanhados em todo território do município.

Para a aceitação das famílias, observamos por meio de relatos da equipe multiprofissional, que as famílias mostram interesse em novos agendamentos de visitas e interesse no manejo do cuidado aos usuários. Ressaltamos a importância das viagens e como conseguiram cumprir os cronogramas, dando assistência e garantindo o tratamento contínuo às pessoas. Todas as viagens programadas, de dez cronogramas em cada mês, foram cumpridas. Houve apenas alterações de datas, por conta de feriados ou chuvas fortes que impediram a viagem. Assim, constatamos o compromisso da gestão municipal em garantir a continuidade do projeto.

Ressaltamos a quebra de tabus quanto ao serviço desenvolvido pela psicóloga da equipe, que além de lhe dar com o usuário estende o acompanhamento às famílias, realizando abordagens para a garantia do cuidado aos envolvidos com cada usuário do programa. A partir das visitas, ficou evidente a necessidade de inclusão do profissional psicólogo na equipe para a atenção em área rural.

## Conclusão

---

Dentre os relatos observados, atentou-se para o envolvimento dos usuários, especialmente em continuar o tratamento ou esperar pelo fim da vida em casa no município. Os usuários idosos relatavam que queriam voltar para suas terras como o poeta local Geraldo Bahia escreveu: “do Ramos és princesinha, oh querida Barreirinha, minha eterna gratidão, como nas noites de luar quero de novo cantar Barreirinha meu amado torrão”.

A adesão ao tratamento multiprofissional do usuário tem sido a melhor avaliação do Programa, tendo um cuidado humanizado e acolhedor. Destacamos a atenção ao público da área rural, que a equipe multidisciplinar do PMTC complementa as ações das ESF e ESFR. A implantação do “Programa Tratando em Casa” proporciona um cuidado em saúde adaptada às especificidades da região e às necessidades da população, garantindo acesso dos usuários, dando segurança em tratamento paliativo em domicílio e reduzindo o risco de infecções em ambientes hospitalares. Por fim, o PMTC promove um convívio familiar ao usuário.

## Referências

---

- Aguiar, A., Kawakami, G., & Bastos, G. (2024). Cultura – O Triunfo do Povo [CD]. Associação Cultural Boi-Bumbá Caprichoso.
- Bahia, G. (1979, novembro 20). Poema “Barreirinha Querida” [Manuscrito]. Acervo da Família.

- Beça, A., & Holanda, A. (1998, agosto 12). Raízes Caboclas [Música]. Trem de Rio. [https://www.youtube.com/watch?v=ll7\\_BlwMphA&list=OLAK5uy\\_1KYVL\\_Xp4GIJttaUpsLDy7oQug3Dvp\\_o&index=10](https://www.youtube.com/watch?v=ll7_BlwMphA&list=OLAK5uy_1KYVL_Xp4GIJttaUpsLDy7oQug3Dvp_o&index=10). Acesso em 27 de julho de 2024.
- Brasil. Fundação Cultural Palmares. (2013, maio 29). Decreto n.º 4.887, de 20 de novembro de 2003 – Fundação Cultural Palmares certifica mais 54 comunidades quilombolas. <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>. Acesso em: 20 de julho de 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Política Nacional de Humanização (PNH): Documento base para gestores e trabalhadores do SUS (4ª ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017, setembro 21). PORTARIA Nº 2.436 DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024, maio 22). PORTARIA GM/MS Nº 3.681, DE 7 DE MAIO DE 2024: Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, 98(1), p. 215.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). \*Caderno de atenção domiciliar\* (Vols. 1–2). Ministério da Saúde.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 128(182), 18055-18059.
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2010. IBGE.
- Jacob, P. (2021). Dicionário da língua popular da Amazônia [Edição digital, formato .pdf]. Manaus: Reggo/Academia Amazonense de Letras. ISBN 978-65-86325-60-7.
- Parintins. (2013). As Cem Toadas da Nossa História, Vol. 5 [Música]. Boi Bumbá Caprichoso. <https://www.youtube.com/watch?v=RDyowMH5xo&t=141s>. Acesso em 27 de julho de 2024.
- Prefeitura de Barreirinha. (2022). Plano Municipal de Saúde de Barreirinha 2022-2025. Portal da Transparência. <https://barreirinha.am.gov.br/transparencia/>. Acesso em 12 de julho de 2024.
- Prefeitura de Barreirinha. (2024). Barreirinha. <https://barreirinha.am.gov.br/transparencia/>. Acesso em 21 de julho de 2024.
- Schweickardt, J. C., & Barreto, J. P. (Orgs.). (2023). Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: Práticas da medicina indígena na Amazônia (1ª ed.). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 25).





# PROJETO VACINA BAE, UM ATO DE RESISTÊNCIA: ações e estratégias de imunização em área quilombola no município de Barreirinha, AM

Elison Gonçalves da Silva  
Daniele Santana Ramos  
Dorisnei Xisto de Matos  
Péricles Tavares Vieira Filho  
Lucas da Silva de Almeida  
Daiana Santana Ramos  
Sonaira Serrão Castro Ribeiro

*“Meu Quilombo tem fé e devoção  
Tem festa de santo, alegria e união  
Tem crença, saber e espiritualidade  
Refúgio de amor, esperança e bondade”.*  
(Bastos, Gaspar e Malheiros Júnior, 2023).

## Introdução

---

A diversidade e a pluralidade social e cultural fazem parte do existir humano, marcando as diferenças formas de compreender e interpretar o mundo. Diferença essa que não pode ser anulada ou oprimida, mas fortalecida na busca da identificação e visibilidade social e cultural dos povos (Brito & Treccani, 2019). Durante muito tempo, a busca pela igualdade e universalidade na aplicação de direitos limitou espaços para o debate das particularidades entre diferentes povos. Hoje é essencial valorizar as manifestações culturais que permitem que cada grupo social se identifique e seja reconhecido (Bittar, 2009).

Na busca das novas fundamentações dos direitos humanos, observa-se que a construção delas está alicerçada na multiculturalidade dos povos, enfatizando o resgate, a valorização e a resistência de seus pensamentos, linguagens e interação com o meio, proporcionando a relação recíproca interpessoal e intercultural dos povos (Flores, 2009). Assim, esse entendimento multicultural suscita a luta por novos caminhos reconhecendo as teias sociais e a resistência ativa entre os povos, na busca de compartilhar os saberes e enriquecer o espaço cultural das relações (Weissmann, 2018).

A Constituição Federal Brasileira de 1988, onde no art. 68 ADCT (Brasil, 1988), garante do direito às políticas específicas para populações e culturas marcadas pela ancestralidade, como os povos indígenas e os remanescentes de quilombos. O termo quilombola emerge no processo de democratização do país e das reivindicações manifestadas por grupos sociais que por muito tempo foram silenciados e negados, não possuindo representatividade como realidade sociopolítica no Brasil, sendo considerados invisíveis (Almeida, 2010).

A saúde e seus princípios de equidade e universalidade, a tornaram um símbolo de espaços e lutas, suscitando debates que proporcionam melhorias na vida do indivíduo e bem-estar ao coletivo. Nesse contexto, as redes de atenção à saúde devem proporcionar a resolubilidade dos agravos à saúde das pessoas, sistematizando os fluxos de cobertura aos usuários, insumos e demandas, assim como assegurar serviços e fortalecer estratégias para as populações em situações de vulnerabilidade (Mendes, 2012).

Realizar a imunização no território quilombola é relevante, por ser um povo que conquistou esse direito e pelas condições de acesso aos serviços de saúde, que tem barreiras de logística (enfrentamento de rios e floresta), geográfica (subida dos rios e a estiagem), mas principalmente pelo preconceito e o racismo em relação a esta população. Assim, para melhor

atender os moradores do território quilombola, foi criado o Programa Municipal “Vacina BAE”. A sigla “BAE” representa a abreviação do município de Barreirinha-AM. As estratégias foram para alcançar os indicadores, mas também valorizar e preservar a cultura quilombola. Nesse contexto, apresentamos as ações elaboradas e as intervenções realizadas para o alcance de metas e indicadores de imunização de criança menores de 01 (um) no Programa Previne Brasil, em um território quilombola em Barreirinha.

Vale ressaltar que o Programa Nacional de Imunização (PNI) é das ações e estratégias historicamente de grande sucesso no país e no mundo, com experiências bem-sucedidas em campanhas, logística em todos os âmbitos. A garantia de acesso à vacinação está inclusa nos serviços de saúde, pois é um direito de todos e dever do estado garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (Brasil, 1988). O acesso universal e igualitário às ações e serviços devem promover a equidade e a resposta às necessidades específicas de cada pessoa e grupo social.

## **Caracterização do território Quilombola**

---

Barreirinha está localizado a leste do Estado do Amazonas, na região do Baixo Amazonas, fazendo fronteira com o Estado do Pará. A sede do município fica cerca 331 km distante de Manaus, a capital do Estado, sendo o acesso realizado exclusivamente por via fluvial com duração de viagem entre 08 e 30 horas, a depender do tipo de embarcação e do ciclo hidrológico.

Segundo o censo de 2022, a população estimada é de 31.919 habitantes, sendo classificada como rural remoto, tendo o relevo formado por áreas de terra firme e várzea. O território é diversificado com rios, paranás, lagos e igarapés (IBGE, 2022). Economicamente, possui como fonte de renda principal o setor de serviço público e o setor primário como a agricultura familiar.

A construção social e histórica de Barreirinha é marcada pela miscigenação de povos originários como os indígenas (etnia Sateré-Mawé), tradicionais (ribeirinhos, pescadores, extrativistas), colônia de japoneses, nordestinos e remanescentes de quilombolas. Nesse contexto, o município de Barreirinha possui cerca de 1.855 pessoas que se auto identificam como quilombola, o que representa 5,97% da população total (IBGE, 2022). As comunidades de quilombos foram formadas por negros refugiados no período de intensa escravidão no país, assim surgiram histórias com profundas marcas na pele e de relação coletiva com a terra (Gomes, 2015).

A Fundação Cultural Palmares - FCP na Portaria N° 176, de 25 de outubro de 2013 certificou o território do Rio Andirá como presença de remanescentes de Quilombolas. Os descendentes possuem relação direta com Benedito Rodrigues da Costa, angolano, escravo fugido que chegou ao Rio Andirá no século XIX, assim as comunidades são Boa Fé, Ituquara, Santa Tereza do Matupiri, São Pedro e Trindade, posteriormente São Paulo do Açú também foi reconhecido (Brasil, 2013). Entretanto somente em 2024, o Instituto de Colonização e Reforma Agrária - INCRA reconheceu por meio da Portaria N° 496, de 15 de maio de 2024, o território do Rio Andirá como Terra de Remanescente de Quilombo, possuindo um total de 27 mil hectares (Brasil, 2024). Conforme os dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o Sistema de Informação de cadastro do Município de Barreirinha existe cerca de 1.552 usuários e 276 famílias vivendo dentro dessas localidades.

Figura 1. Território Quilombola do Rio Andirá.



Fonte: SEMSA Barreirinha, 2024.

## Desafios para garantir o acesso a vacinação na Amazônia

Ao observar os dados vacinais (Gráfico 1) do município de Barreirinha em 2021 e 2022, pode-se identificar por meio da análise dos resultados do indicador 05 do Programa Previne Brasil, a baixa adesão ao ciclo vacinal Poliomielite e Pentavalente em crianças menores de 01 (um) ano no território quilombola do Rio Andirá. A queda nas coberturas vacinais na realidade amazônica é justificada pelas questões de logística, distâncias, baixa adesão da população, influência das *fake News* e falta de insumos. O Estado do Amazonas vem, nos últimos 05 anos, apresentando resultados alarmantes, sobretudo nos anos de 2020 e 2021 no período pós-covid-19 (Brasil, 2023).

Nesse Contexto, preocupado com a realidade e a exposição desse grupo social a agentes patológicos, foi necessária uma reorganização do Planejamento, sendo estabelecido o levantamento de informações que objetivava identificar os problemas para a falta adesão vacinal, e estabelecer assim, intervenções com intuito na melhoria dos indicadores dessa população historicamente vulnerável e invisível socialmente.

O PNI teve em sua história exemplos de sucesso, sendo no planejamento e na mobilização social as principais estratégias para o alcance das metas vacinais. A dinâmica (mobilidade e política) das populações e grupos sociais tradicionais da Amazônia traz o desafio da política de imunização realizar o diálogo entre as questões científicas e os saberes populares que são repassados por gerações, por meio da oralidade.

Depois de verificar os dados e a análise dos resultados dos indicadores, posteriormente foram estabelecidas rodas de conversas e troca de ideias entre os Gestores, profissionais da saúde, lideranças e comunitários. Nesse contexto, observamos os principais desafios para o estabelecimento das ações do Programa Municipal de Imunização (PMI), sendo suscitado como: a) dificuldade no estabelecimento da logística e o acesso ao público-alvo; b) situação de vulnerabilidade socioeconômico da população; c) disseminação de informações falsas (fake News); d) atuação mais efetiva das lideranças políticas e culturais; e) mobilização e participação da população nas ações; f) horários que conflitassem com a dinâmica social, como as atividades de subsistência das famílias; g) resistência de algumas famílias, sendo relacionadas ao medo dos efeitos adversos; h) a falta de vínculo com a equipe itinerante de vacinação e, i) a pouca representatividade na equipe fixa da UBS Quilombola no território.

O entendimento das dificuldades sobre logística e o acesso ao público-alvo foi o primeiro entrave a ser discutido. Dessa forma, fazia-se necessário compreender o quão era importante adequar os traslados

das viagens itinerantes entre as áreas das comunidades, conhecendo e respeitando a dinâmica do território líquido e suas barreiras naturais compostas por barrancos (fenômenos das terras caídas), cabeceiras de rios e igarapés (na estiagem secam ou ficam estreitos para passagens de embarcações de médio e grande porte), em alguns casos de difícil acesso.

Para os povos amazônicos, o rio comanda a vida, o sujeito possui relação direta e intrínseca com as águas, tendo a dinâmica da estiagem (seca dos rios) e cheia dos rios (período de chuva e elevação dos rios) como parte de sua vida, que influencia na tomada de decisão sobre a mobilidade e vivência na região (Tocantins, 2021). Para muitos, esse fator é o maior desafio no sentido de garantir o princípio da equidade no SUS neste mosaico de realidades. A mobilidade na região amazônica ocorre em sua maioria por vias fluviais, sendo evidenciada nas distâncias percorridas entre cidades e localidades, podendo levar horas e em muitos casos dias para que as diversas cargas como alimentos, utensílios e produtos além de remédios cheguem ao seu destino (Silva, Miranda, Domingos, Silva, e Santana, 2013).

Foi observado também a situação de vulnerabilidade socioeconômico da população em questão, onde por serem oriundos da Zona Rural do município e fixados no território do Rio Andirá, seus conhecimentos científicos eram limitados e a economia do local sendo voltada para a agricultura familiar, o extrativismo, a ações de subsistência (caça e pesca) além do complemento da renda com os programas sociais do Governo Federal.

A vulnerabilidade socioeconômica e a limitação de acesso ao conhecimento científico, proporcionou a disseminação de informações falsas (Fake News) em relação aos componentes dos imunizantes, ou até mesmo levantando dúvidas sobre a sua eficácia da vacina. Isso acarretava certas famílias resistência em relação ao ato de vacinar-se. Vale ressaltar que muitos pais, tutores ou responsáveis apresentavam alguma resistência a aceitação das vacinas. Algumas pessoas alegavam consequências maléficas, baseando-se nos

efeitos colaterais dos imunizantes e os sinais e sintomas em algumas crianças, manifestações essas que se apresentava com quadro leve. Nesse contexto, preferiam acreditar em sacacas (homens da floresta, na qual, acreditam possuir o dom da cura por meio da reza) e nos dos banhos e ervas medicinais.

Outro ponto observado é que os povos tradicionais em sua estrutura social, prezam pela hierarquia e o respeito aos mais velhos e suas lideranças. Assim, quando era realizado as ações da equipe itinerante nos quilombos, algumas lideranças não participavam ativamente no momento as atividades, o que gerava uma falta referência social e cultural para os moradores nas ações de saúde.

Em relação a baixa adesão e participação nas ações de vacinação, foi identificado a necessidade de reorganizar as intervenções a partir dos horários de atividades das populações locais, que seguiam seus ritos culturais e sociais, principalmente voltados às atividades de subsistência e agricultura familiar.

Importante considerar que segundo os relatos dos moradores existia a falta de representatividade nas equipes, o que atrapalhava o olhar de identificação com os profissionais das equipes itinerantes, sejam por razões de aspectos culturais ou falta de vínculo. Assim, respeitando o entrelaçamento comunitário, foram inseridas equipes fixas com profissionais de saúde sendo oriundos e descendentes dos quilombos, na tentativa de fortalecer os vínculos e melhorar as relações e conexões sociais com o povo quilombola.

Ainda sobre os desafios enfrentados, foi vislumbrada a dificuldade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em identificar os ciclos vacinais em atrasos, em razão da limitação e do desconhecimento de muitos destes profissionais em realizar a leitura da carteira de vacina e as etapas de cada imunizante. Além disso, foi ressaltado a dificuldade das abordagens dos ACS e a limitação em argumentar com os pais e tutores das crianças sobre os principais benefícios, indagações e dúvidas da população, dificultando o alcance e a adesão as vacinas nas comunidades dos quilombos.



## Projeto Vacina BAE - Ações e estratégias para alcance dos indicadores de Imunização

---

A partir das dificuldades observadas e debatidas foi possível definir estratégias para a reorganização dos processos de trabalho, com ênfase nas necessidades de melhoria do gerenciamento de recursos financeiro, insumos, e o dimensionamento das equipes e gestão. Nesse sentido, foi pensando em um projeto que se observa e se coloca em práticas as estratégias de não só alcançar os indicadores, mas estimular, valorizar e preservar os grupos sociais da Zona Rural, principalmente os Quilombolas, povos indígenas e ribeirinhos. Assim, para melhor identificação com os moradores, foi criado o Programa Municipal “Vacina BAE”, sendo “BAE” a sigla que representa a abreviação do município de Barreirinha-AM.

Para alcançar a melhora na adesão vacinal, era necessário de início fortalecer o Planejamento Anual da Saúde - PAS e o Plano de Trabalho da Programa Municipal de Imunização de Barreirinha, sendo elaborado por meio de encontros entre os profissionais técnicos da Secretaria de Saúde e lideranças Quilombolas, sendo ressaltado no diálogo as que os cronogramas fossem montados a partir dos calendários culturais e sociais dessas comunidades quilombolas.

Para o povo quilombola, a primeira estratégia foi a reorganização da logística de acesso às famílias, que em razão da dinâmica das secas e cheias dos rios, e no período chuvoso da região, acabam por se adaptar ao cotidiano com as estações amazônicas. Cabe destacar o desafio enfrentado no período avaliado, no qual houve a maior estiagem (seca dos rios) registrada no Amazonas, limitando ainda mais o acesso a grupos familiares por via fluvial.

Para melhor metodologia de assistência ao quilombo, eram escolhidas previamente pela equipe itinerante os pontos de apoio como escolas, barracões e sede comunitária. Em média, as viagens entre

os pontos de apoio variam entre 01 a 02 horas em lanchas de grande potência, mas como essas viagens ocorrem sempre com roteiros para 03 ou 04 comunidades por rota, o cronograma acaba sendo pensado para o dia inteiro, saindo pela manhã e retornando a sede do município no fim da tarde, possuindo 08 horas de viagem. O planejamento leva em consideração o período de enchente e vazante dos rios, obedecendo a dinâmica das chuvas que às vezes impedem a travessia no Rio Andirá, bem como do tipo de embarcação.

O Projeto “VacinaBAE” ciente das limitações de vulnerabilidade socioeconômica dos grupos sociais, realizou suas ações em horários que preservava e respeitava os turnos das atividades produtivas e da agricultura familiar das localidades, haja vista, que nessas atividades todos os membros da família contribuem com funções pré-determinadas. A população quilombolas tem uma identidade diretamente associada com a terra e o território, sendo esse pertencimento uma forma de representação dos anseios e cotidianos individuais e coletivos (Oliveira e Matta, 2022).

Em relação a desinformação e as informações falsas que eram disseminados nos quilombos sobre a eficácia dos imunizantes e os efeitos colaterais, foram criados espaços de diálogos com a realização de palestras, socialização (sensibilização) e rodas de conversas com os pais e tutores, além da distribuição de folders educativos, com informações com enfoque na importância da vacinação. Desse modo, foi possível quebrar os mitos e paradigmas, desmistificando conceitos, o que contribuiu com a maior participação das crianças nas atividades.

Vale ressaltar para o alcance das metas, foi importante o fortalecimento das parcerias com a Associação das Comunidades Quilombolas do Território do Rio Andirá, na qual, participavam das ações as autoridades sociais e políticas da comunidade e diretorias administrativas dos quilombos. A participação social contribuiu a confiança populacional nas atividades.

Essas lideranças foram convidadas a participar dos eventos de abertura, sendo disponibilizado um momento de fala com os moradores, no intuito de reforçar as atividades de promoção em saúde e o ato de vacinar-se como forma de expressar a manutenção da saúde nas localidades, resgatando o protagonismo do povo quilombola, e valorizando os vínculos de direitos, deveres e conservação do campo de atuação desse povo.

O Projeto “Vacina Bae” em área quilombola com o lema “Vacinar-se como ato de resistência”, com a parceria das lideranças comunitárias, pode mobilizar a população para participar e aderir às programações das equipes. Historicamente esses grupos se organizaram na perspectiva de estabelecer estratégias de lutas em defesa dos direitos, assegurando sua liberdade, manifestação e expressão, especialmente porque eram invisíveis ao estado e às políticas públicas (Denes & Cebria, 2022).

Outro aspecto importante que garantiu o acesso da população a programação de saúde da vacinação, foi a adoção de horários que respeitassem as atividades produtivas (caça e pesca) e a agricultura familiar (plantações de hortaliças e vegetais para o próprio consumo), evitando o conflito de turnos e assegurando a dinâmica social e cultural.

Sobre a resistência de algumas famílias em relação ao medo dos efeitos adversos, foram realizadas rodas de conversas com os pais, tutores e responsáveis das crianças, enfatizando a valorização do saber popular, a crença da cura através das ervas, mas introduzindo o conhecimento científico dos imunizantes, demonstrando sua eficácia e contribuição.

Algumas lideranças reforçaram a importância de colocar profissionais que tivessem uma ligação com o quilombo, pois a população iria vislumbrar e se olhar na saúde com representatividade. Assim, como estratégia para o alcance das coberturas vacinais, foi inserida no território em 2023 uma Unidade Básica de Saúde Quilombola, sendo composta por profissionais da saúde com descendência da própria comunidade ou de matriz africana.

Na tentativa de fortalecer a parceria entre profissionais e usuários, foi direcionada uma equipe de saúde com enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS que tivessem vínculo direto sendo descendente dos quilombos. Nesse sentido, houve fortalecimento e valorização dos vínculos sociais, melhorando as abordagens junto aos pais ou responsáveis sobre a importância da vacinação das crianças. Para auxiliar e estimular a participação dos ACS no Projeto “Vacina BAE”, foi realizado Workshop e treinamentos com eles, tendo como objetivo a leitura correta da carteira de Vacinação, a forma mais apropriada para a abordagem familiar e os registros satisfatório e corretos das planilhas de acompanhamento vacinal.

Outra contribuição importante, foram as viagens de apoio da UBS Fluvial que realizava ações periódicas nos quilombos, buscando aproximar os serviços ao público de saúde, assistência social e exames laboratoriais, ofertando também a sala de vacina. Desse modo, foi mais uma estratégia que possibilitou o acesso mais oportuno dos moradores aos imunizantes.

Por fim, para relato dos desafios de locomoção na região, registra-se as turbulentas águas do Rio Andirá, as fortes chuvas, e a estiagem (seca e baixa dos rios), como um dos principais desafios de acesso das equipes itinerantes, mas que foram superadas com estratégias como as ações de “Dia D” e a busca ativa de crianças nas localidades (cabeceiras, lagos secos e até mesmo caminhadas por várias horas) com famílias isoladas.

## **Análise dos Resultados alcançados**

---

O Projeto Municipal “Vacina BAE” objetivou a melhoria no indicador 05 do Programa do Governo Federal Previne Brasil, que visava a porcentagem de crianças de até 01 (um) ano vacinadas na Atenção Primária à Saúde (APS) com a vacina de Pentavalente (Difteria, Tétano,

Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b); e Poliomielite inativada (VIP).

**Gráfico 1.** Resultados da Cobertura vacinal no Território Quilombola de Barreirinha-AM nos anos 2022, 2023 e 2024.



Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica, 2023.

Ao observar os resultados quantitativos no gráfico é possível compreender que no ano de 2022, antes da implementação do Projeto “Vacina BAE”, os índices de porcentagem e a avaliação do desempenho no território quilombola não eram satisfatórios, sendo retratados nos dados do Quadrimestre 1/2022 (78%), Quadrimestre 2/2022 (57%), Quadrimestre 3/2022 (64%). Entretanto, após a elaboração das estratégias e a intervenção com atividades e ações, pode-se notar uma melhora significativa nos resultados no ano de 2023 quando comparados ao ano anterior. Com a efetividade do Projeto “Vacina BAE” os dados foram no Quadrimestre 1/2023 (76%).

Vale ressaltar o Quadrimestre 2/2023 (100%), na qual todas as crianças menores de 01(um) ano foram vacinadas e completaram o ciclo da poliomielite e da Pentavalente no território Quilombola do Rio Andirá, enquanto Quadrimestre 3/2023 teve 85% da meta. Por fim, o Projeto “Vacina

BAE” começou a ultrapassar as barreiras da saúde e alcançou influência em diversas esferas como o social e contribuindo com a identificação das crianças como quilombola.

## **As contribuições da Saúde como fio condutor da valorização do Quilombo**

---

Segundo a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNDS/PCT), o conceito de Povos Tradicionais ou Comunidades Tradicionais está relacionado a grupos sociais com estrutura organizacional própria, e que estabelecem uma relação com o território inserido, alicerçado em saberes criados e transmitidos pela oralidade e tradição, sendo reportada na estrutura social, econômica, religiosa, ancestral e cultural desse povo (Brasil, 2007). Nesse contexto, o conceito de “Comunidade e Povos” está relacionado à organização e na luta ativa por meio das dinâmicas políticas e sociais, já o sentido de “tradicional” visa preservar os saberes do passado e reivindicar seus espaços no presente (Almeida, 2008).

A Política Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais identifica o termo “território tradicional”, sendo espaço permanente ou temporário que serve de alicerce para a manifestação e representação dos aspectos culturais e sociais do povo que reside. Vale ressaltar a luta que os povos tradicionais vêm enfrentando em seus territórios como barreiras para o reconhecimento e a demarcação de suas terras, na qual, são frequentemente ameaçados pelos interesses de setores capitalistas e grandes indústrias em explorar seus recursos naturais.

As ações de saúde contribuirão não só para os resultados quantitativos, como já retratado nos indicadores e tópicos anteriores, mas o projeto transcende a esfera da saúde, sendo fio condutor e contribuindo para instigar as crianças ao pensar na afrocentricidade. Nessa perspectiva,

a afrocentricidade é a teoria que vislumbra as relações humanas, de poder e construção de sociedade pelo olhar africano, sendo o negro indivíduo com papel principal, atuante e ativo nas ações e construções das sociedades (Asante, 2009). A visão da cultura afro-brasileira parte desse pressuposto, por entender que a matriz africana no fortalecimento da sociedade brasileira e amazônica.

**Figura 2.** Atividade lúdica com as crianças, suscitando a vacinação e o orgulho de ser quilombola.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

As crianças que aguardavam a vacinação na sede da comunidade tiveram atividades lúdicas e brincadeiras, que reforçaram a importância da vacinação. Enquanto aconteciam a internalização e socialização das

temáticas de saúde, outras formas de brincadeira surgiam, como algumas crianças quilombolas que preferiam brincar de “onça te pega”, sendo uma forma parecida da brincadeira do pega-pega, e outras meninas queriam dançar e ouvir músicas de origem afro-brasileira como o carimbó, o boi-bumbá, o siriá e o sairé.

Outra estratégia foi criar uma mascote nas ações de vacinação: o boneco Zé Quilombinho, uma versão negra do tradicional Zé Gotinha. Isso serviu para melhor fomentar a identidade das crianças com seu grupo social, sendo aceito e visto como valorização do quilombo.

**Figura 3.** Socialização com as crianças sobre a importância da vacinação e mascote Zé Quilombinho, Barreirinha-AM, 2024.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

As crianças, no ato de brincar e se vacinar, internalizavam os saberes que exaltavam o negro e o remanescente de quilombola como fator positivo na construção da cultura amazônica. As referências históricas da dança (carimbó e siriá), os ritmos e instrumentos (atabaque e agô), as festas populares (Boi-Bumbá de Barreirinha e Parintins) e as brincadeiras (onça te pega) foram



extremamente importantes nesse processo. Assim, as atividades contribuíram com o processo de ações antirracistas na nas escolas e na sociedade, valorizando a população negra e quilombola na sociedade amazônica.

## Conclusão

---

Os planejamentos, estratégias e ações foram pensadas no intuito de alcançar um grupo vulnerável, sendo crianças menores de um ano, presentes no indicador do Previne Brasil. Os resultados apontaram para a melhora dos indicadores, contribuindo com o fortalecimento da própria cultura. As atividades desenvolvidas possibilitaram a socialização, troca de saberes e a valorização do povo remanescente dos quilombos.

Devido a extensão territorial, fazer saúde pública na Amazônia se torna um desafio, na qual, na Amazônia profunda os saberes populares se misturam, mas a falta de conhecimento científico, mais a discriminação e o isolamento dificultam que esse povo tenha o direito preservado ao acesso aos serviços de saúde. Assim, o Projeto Municipal “Vacina Bae”, começou com enfoque no ciclo vacinal, mas transcendeu as esferas da saúde, e mostrou que a diversidade de saberes em um espaço de diálogo contribui para o bem-estar do indivíduo inserido em um contexto cultural.

É inegável a presença das raízes da cultura quilombola e negra na Amazônia, na qual, as maiores heranças que ficaram no Amazonas no tempo rico da borracha vieram nas trouxas do povo negro que aqui chegaram, ajudando a formar nossa diversidade (Nakanome, 2018). Dessa forma, faz-se necessário mais incentivos e desenvolvimento de pesquisas e ações que exaltem a presença dessa população na região Amazônica, seus saberes sobre a saúde aos moradores da floresta.

Nesse contexto, precisam ter seus direitos assegurados, preservados e respeitados como negritude Amazônica. O Projeto tem relevância, pois

seus instrumentos de intervenções podem ser utilizados como base para ações em diversos povos tradicionais na região Amazônica, sem esquecer da metodologia que observe e respeite as suas dinâmicas sociais e culturais.

## Referência

---

- Almeida, A. W. B. (2008). *Terra de quilombo, terras indígenas, “babaçuais livre”, “castanhais do povo”, faixinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas.* (ed.2). Manaus: PGSCA-UFAM
- Almeida, A. W. B. (2010). Conhecimentos tradicionais: “uma nova agenda de temas e problemas. conflitos entre o poder das normas e a força das mobilizações pelos direitos territoriais”. In: Almeida, Alfredo Wagner Berno (org.). *Caderno de debates nova cartografia social: conhecimentos tradicionais na Pan-Amazônia* (v. 1. pp 317-348). Manaus: UEA edições.
- Asante, M. K. (2009). Afrocentricidade: Notas sobre uma posição disciplinar. In. Afrocentricidade: Uma abordagem epistemológica inovadora. Nascimento, Elisa Larkin (org). Sankofa 4: Matrizes africana da Cultura Brasileira. Selo negro. São Paulo.
- Bastos, G., Gaspar, L. M. J. (2023). *Tambores da Resistência*. CD O Brado do Povo Guerreiro. Associação Cultural Boi-Bumbá Caprichoso. Parintins/AM.
- Bezerra Neto, J. M., & Laurindo Junior, L. C. (2018). Alguns vêm de lá, outros de cá: a Amazônia no tráfico interno brasileiro de escravos (século XIX). Dossiê Escravidão e liberdade na diáspora atlântica. *História*. (v.37). São Paulo-SP.
- Bittar, E. C. B. (2009). Reconhecimento e direito à diferença: teoria crítica, diversidade e a cultura dos direitos humanos. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*. (v. 104. p. 551-565. Jan/dez).
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. ADCT. Art. 68. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília-DF.
- Brasil. (2007). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. DECRETO Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
- Brasil. (2013). Diário Oficial da União. Ministério da Cultura/Fundação Cultural Palmares. Portaria Nº 176, de 24 de outubro de 2013. (ed. 208. Seção 1. p. 18). Brasília-DF. Publicado em: 25/10/2013.
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Estratégia de Multivacinação Acre e Amazonas. Brasília-DF.
- Brasil. (2024). Diário Oficial da União. Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar/Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Portaria Nº 496, de 15

de maio de 2024. (ed. 95. Seção 1. p. 44). Publicado em: 17/05/2024.

- Brito, S. V., Treccani, G. D. (2019). Direitos humanos ao território tradicional quilombola na Amazônia. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos* (v. 7 (2), pp. 117-136, jul./dez). Bauru-SP.
- Denes, D. M., & Cebria, J. F. A. (2022). Mulheres quilombolas da Amazônia e ação política: uma revisão de literatura. *Das Amazônias. Revista Discente de História da UFAC*. 5(2). pp. 49-67. Jul-dez). Rio Branco-AC.
- Flores, J. H. (2009). A Reinvenção dos direitos humanos. Garcia, Carlos Roberto Diogo, Suxberger, Antônio Henrique Graciano e Dias, Jefferson Aparecido (Tradução). Florianópolis: Fundação Boiteux.
- Gomes, F. dos S. (2015). *Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil*. Claro Enigma. São Paulo-SP.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Brasil. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro-RJ.
- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF.
- Nakanome, E.S. (2018). Sabedoria popular: uma revolução ancestral. *Revista da Associação Cultural Boi-Bumbá Caprichoso*. Parintins-AM.
- Oliveira, P. T., & Matta, B. A. R. (2022). Territórios quilombolas no estado do Amazonas e os entraves para o reconhecimento da comunidade de São Francisco do Bauana. *Revista ContraCorrente. Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas*. (n. 18, p. 208-231).
- Silva, M. S. R., Miranda, S. A. F., Domingos, R. N., Silva, S. L. R., Santana, G. P. (2013). Classificação dos Rios da Amazônia: Uma estratégia para preservação desses recursos. *HOLOS Environment*. (v. 13 (2) p.164) (on-line).
- Tocantins, L. (2021). *O Rio comanda a Vida: Uma interpretação da Amazônia*. ed. 10. Editora Valer.
- Weissmann, L. (2018). Multiculturalidade, Transculturalidade, Interculturalidade. *Revista Construção Psicopedagógica*, v. 26 (27). pp 21-36).



# A ESTRATÉGIA DRIVE-THRU RIBEIRINHO E A IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: região fronteira de Benjamin Constant e Peru

Sandy Helena Silva Graça

## Introdução

---

A pandemia representou um importante desafio às ações de imunização contra a Covid-19 no município de Benjamin Constant, Amazonas, localizado na Região do Alto Rio Solimões. O município está numa localização estratégica na fronteira com o Peru, expondo à vulnerabilidade social, devido à grande mobilidade pendular da migração, pois é uma área transfronteiriça. Diariamente há um fluxo desordenado populacional, pois não há fiscalização suficiente das pessoas e dos alimentos que adentram nossa região pelos dois rios. O município possui uma população bastante diversa, composta por diferentes etnias e grupos culturais demonstrando-se também que é uma região com grande resiliência e diversidade cultural.

Com o advento da vacina, em fevereiro de 2021, se iniciou, em todo território brasileiro, a campanha de vacinação contra a Covid-19. O município estruturou o Plano Municipal de Operacionalização de Imunização contra o Covid-19 por meio da Coordenação de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), em parceria com demais órgãos locais, que teve como objetivo organizar o processo de distribuição e administração das doses de vacina no município. A Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS) enviou as normas técnicas com

as orientações e prioridades. Dentre os desafios enfrentados, destaca-se, o fato de o município de Benjamin encontrar-se em faixa de fronteira entre Peru, pelo departamento de Islândia, tendo como característica local uma fronteira fluvial aberta sendo banhado pelo Rio Solimões.

Benjamin Constant dispõe de uma ampla rede de atenção à saúde, com o objetivo de garantir o acesso universal e igualitário a serviços de qualidade para toda a população. A rede de saúde está em constante evolução, buscando oferecer serviços de qualidade e humanizados para toda a população. A atuação integrada das diferentes unidades e a valorização do trabalho das equipes de saúde são fundamentais para garantir o sucesso das ações e a melhoria da saúde da população.

Para garantir a imunização da população, o município recebe mensalmente, por meio de transporte aéreo e fluvial, os imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (PNI) estadual, proveniente de Manaus. Esses insumos são distribuídos nas 7 salas de vacina, localizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na UBS Fluvial (UBSF), assegurando a cobertura vacinal e a proteção da população contra doenças imunopreveníveis. A logística é complexa, pois envolve o transporte por diferentes vias, garante a cobertura vacinal em todo o município, mesmo nas áreas mais remotas.

Deste modo, utilizamos o conceito de território líquido que, segundo Schweickardt *et al.* (2021, p. 42), “é constituído por uma grande diversidade humana, em termos de etnias, línguas, culturas, modos de vida e formas de expressão das suas saúdes, sendo que, algumas vezes, há híbridos com os saberes e fazeres oficiais, principalmente em problemas de saúde que pertencem às formas contemporâneas de organizar a vida”.

Diante deste contexto, há que se fortalecer estratégias exitosas, incentivando e apoiando ações inovadoras como a estratégia da barreira sanitária vacinal, que tinha como objetivo suprir as necessidades de saúde

da população estrangeira migratória, garantindo a eles a proteção vacinal contra a Covid-19, ao adentrarem no município. Utilizamos a modalidade do *Drive-thru* ribeirinho, que funcionava como *blitz* no rio e tinha a finalidade de levar a vacinação de forma oportuna à população ribeirinha, que não permaneceram nas suas casas porque tinham a necessidade realizar suas atividades de pesca, caça e agricultura, para garantir o sustento e alimento da sua família. “A vida na Amazônia ribeirinha é composta pelos ciclos das águas, que ano a ano, vai enchendo e secando, para a resiliência do ribeirinho que organiza a sua vida pela incerteza do que será, mas tendo sempre em mente a memória do que já foi” (Schweickardt *et al.*, 2021, p. 15).

Estas estratégias obtiveram resultados satisfatórios, na barreira sanitária vacinal foram imunizados 959 estrangeiros com esquema vacinal primário completo, o que corresponde a 85% dos estrangeiros em trânsito no município. O *Drive-thru* ribeirinho trouxe impactos positivos na campanha de vacinação contra a Covid-19 quando vacinou 457 pessoas com duas doses do imunizante contra a Covid-19, representando 36% da população ribeirinha a ser imunizada. Esse desempenho se destaca, pois, as condições geográficas e socioeconômicas impõem grandes obstáculos para a realização de campanhas de vacinação em áreas de difícil acesso, como as comunidades ribeirinhas. O esforço das equipes de saúde, aliado a um planejamento logístico que envolveu a mobilização de recursos fluviais e terrestres, permitiu que essas populações, muitas vezes marginalizadas ou invisibilizadas pelo sistema de saúde, fossem incluídas nas campanhas de vacinação. Estas estratégias são ferramentas inovadoras de acesso às ações de imunização da população que vive neste território, mostrando que estes ribeirinhos não estão invisíveis aos olhos do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Figura 1.** Amazônia Ribeirinha e seu território líquido.



Fonte: Renison Nascimento, 2023.

A Amazônia Ribeirinha e o território líquido são tanto realidade como conceitos que orientam as nossas ações. Na realidade é que temos muitas “Amazônias” e se apresentam de várias formas e diferenciam pelos modos de ocupação, os aspectos étnico-culturais, pelas fronteiras e pelas transformações produzidas pelas migrações, processos econômicos, pelas estradas e grandes obras como as hidrelétricas” (Schweickardt *et al.*, 2021, p. 16).

O objetivo principal de execução do plano municipal de imunização contra a Covid-19 foi vacinar toda a população alvo de Benjamin Constant, e a partir do diálogo construído com as autoridades sanitárias Peruana, identificou-se que no município de Islândia, situado no Peru, encontrava-se



naquele momento sob baixa cobertura vacinal para Covid-19. Além disso, havia estrangeiros que moram em Benjamin Constant, pois passaram a morar no município nesse período, mas também há os que constantemente transitavam entre os dois países Brasil e Peru. Apesar do Peru ter experimentado a pandemia antes do Brasil, a infraestrutura geral de saúde do país permanecia precária. O sistema de saúde peruano é altamente fragmentado e desigual, fazendo com que mesmo aqueles que poderiam ter acesso a cuidados por meio de unidades de saúde públicas necessitam pagar algumas taxas, que representa em aumento desses gastos com saúde. Isto resultou em um movimento migratório, de cerca de 1.350 estrangeiros para o município de Benjamin Constant no intuito de acessarem o SUS (dados: APS, SEMSA/BC).

A vacinação da população de Benjamin Constant e a necessidade incluir a população Peruana na campanha de vacinação contra o Covid-19 avançou sobre as comunidades ribeirinhas. Entender a realidade do modo de vida da população ribeirinha deste município foram determinantes no planejamento dessas ações, especialmente em relação à logística fluvial para acesso às comunidades ribeirinhas e à observação do tempo dos ribeirinhos, quando saem das comunidades para exercerem suas atividades diárias de pesca, caça ou plantio de roças. Estas atividades produtivas impediam a imunização pela equipe nessas comunidades, representando uma verdadeira barreira de acesso aos imunizantes.

Sendo assim, diante destes desafios, tornou-se necessário desenvolver a implantação de barreira sanitária vacinal no porto da cidade, admitindo-se protocolo de entrada no município mediante vacinação contra a Covid-19 e a realização de estratégias de educação em saúde quanto às formas de prevenção. A inclusão da população estrangeira na campanha de imunização tornou-se fundamental, uma vez que, o enfrentamento da pandemia dependia da imunização desse grupo social. A exclusão dessa

população poderia representar o aumento no número de casos de novas variantes da doença e de mortes, trazendo maiores impactos aos ribeirinhos devido sua condição de vulnerabilidade social, econômica e de saúde.

As fronteiras internacionais, assim como as intermunicipais, têm mais porosidades do que nos leva a acreditar a produção social das nacionalidades e municipalidades, tanto para as doenças, ou para os fluxos populacionais. E para os modos de enfrentamento das adversidades e doenças (Schweickardt & Lima & Ferla, 2021, p. 47).

Este pensamento avançou sobre as comunidades ribeirinhas do município evidenciando a estratégia *Drive-thru* ribeirinho, introduzindo-se ao cotidiano, costumes e modos de vida do ribeirinho de Benjamin Constant, que consistiu em criar pontos móveis de vacinação fluvial nos arredores das comunidades através de lanchas (conhecidas popularmente na região como “balieira”) equipadas com motor 40hp para que os ribeirinhos em deslocamento pelos rios, igarapés, lagos e furos. Esta estratégia busca adaptar os serviços de saúde aos modos de vida da população ribeirinha, possibilitando o acesso à vacina contra a Covid-19. Outras equipes avançavam na vacinação em sua comunidade e nas demais comunidades adjacentes e população adstrita. Esta estratégia foi fundamental para que se atingisse esse público-alvo e avançasse na cobertura vacinal.

Foi preciso muito esforço para que estas doses de esperança chegassem à lugares remotos e distantes, como é o caso de Benjamin Constant. Apesar dos desafios que as condições locoregionais e da vida social do ribeirinho impõem ao município, assim como a sua localização em faixa de fronteira, a experiência se tornou uma referência em imunização contra a Covid-19, especialmente pela inclusão de uma população da Amazônia.

Vencemos a batalha da vacinação contra a Covid-19, que, segundo dados do vacinômetro FVS-RCP/AM, em dezembro de 2021 havia uma

imunização de 52% da população com a primeira dose e 83,2% com a segunda dose, representando uma cobertura vacinal de 45% para o esquema vacinal completo contra o Covid-19. E as estratégias utilizadas para o alcance da cobertura vacinal, resultaram em 959 estrangeiros com esquema vacinal primário completo com a estratégia da barreira vacinal na fronteira fluvial aberta Brasil/Peru, o que corresponde a 85% dos estrangeiros em trânsito no município. O Drive-thru ribeirinho imunizou 457 pessoas com duas doses do imunizante contra a Covid-19, entre fevereiro e dezembro de 2021, correspondendo à 36% da população ribeirinha a ser imunizada (fonte de dados: APS-SEMSA/BC). Contudo, este trabalho foi fruto de planejamento e execução das estratégias com muita responsabilidade e compromisso. Costumamos dizer que desafios são destinados àqueles que podem cumpri-los, e com Benjamin Constant não foi diferente, os desafios são imensos e constantes, como o demonstrado em todo o texto, mas tenho certeza de que com o trabalho árduo dessa equipe de saúde comprometida que este município possui, iremos vencer outros desafios que surgirem.

Por fim, as ações e práticas desenvolvidas por esta coordenação do PNI nesse território líquido de Benjamin Constant nos traz muitos aprendizados, e nos coloca grandes desafios para refletirmos e produzirmos mais acesso às populações ribeirinhas e rurais presentes em nosso município.

## Referências

---

Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant. (2021). *Plano municipal de operacionalização da vacinação contra a COVID-19* (1ª ed.). Coordenação do Programa Municipal de Imunização de Benjamin Constant.

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., & Ferla, A. A.. (2021). **Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes** (1ª ed.). Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. (Série Saúde & Amazônia, v. 16). <https://doi.org/10.18310/9786587180915>. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/maismedicos-na-amazonia-efeitos-no-territorio-liquido-e-suas-gentes/>

Schweickardt, J. C., Almeida, A. K. P. N., Portela, C. S., & Santos, I. C. P. A. M.. (2021). *A Atenção Básica num território em movimento: diálogos necessários sobre a política* (1ª ed.). Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA. (Série Saúde & Amazônia, v. 13). <https://doi.org/10.18310/9786587180427>. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Livro-A-Atencao-Basica-num-territorio-em-movimento-dialogos-necessarios-sobre-a-politica.pdf>

# A IMPLANTAÇÃO DE UMA BARREIRA SANITÁRIA: vigilância da Covid-19 em Benjamin Constant, AM

Josivane Reis Nogueira  
Augusto Cesar Nunes Alves  
Antônio Amâncio Neto  
Michele Rocha El Kadri

## Introdução

---

A palavra “fronteira” é bastante comum em nosso vocabulário. Usamos esse termo frequentemente sem refletir profundamente sobre seu significado, geralmente associando-o a uma região periférica no espaço territorial de uma nação. O conceito tradicional de fronteira precisa ser revisitado. A fronteira vai além do significado clássico de uma terra à frente de outra ou de uma faixa que separa dois territórios. O conceito está intimamente relacionado à compreensão do que é Estado, território e população.

Os principais pontos fracos da visão tradicional, que considera a fronteira apenas como um limite, estão relacionados a uma avaliação unilateral das instâncias políticas e administrativas, em detrimento dos processos demográficos, sociais e culturais que ocorrem nessas áreas. Além disso, essa visão limita a compreensão das bordas externas do Estado-nação como zonas de encontro ou interação entre diversas sociedades nacionais. A fronteira, portanto, é o resultado de um processo histórico de divisão, muitas vezes não pacífica, dos territórios, e reflete, de maneira emblemática, a preocupação do Estado em garantir sua soberania e a segurança de sua população dentro de seu território (Brasil, 2016; Zarate, 2008).

A posição geográfica das cidades em relação ao limite internacional permite distinguir as localizadas na linha de fronteira e na região de fronteira. No caso do Brasil, a Constituição Federal de 1988 ratificou um polígono de 150 km a partir do limite internacional como área de segurança nacional ou faixa de fronteira, o que significa que as sedes dos municípios localizados na faixa de fronteira ou região de fronteira podem ser consideradas como cidades de fronteira para efeito de políticas de desenvolvimento urbano. Nesse contexto, os espaços fronteiriços se configuraram nos últimos dois séculos entre a chamada Amazônia Andina e a Amazônia brasileira, bem como os processos políticos, as dinâmicas econômicas e demográficas, a urbanização e os conflitos socioambientais que ali ocorrem precisam ser lidos e analisados a partir de novas perspectivas (Zárate, 2008; Machado, 2005).

Ainda é comum pensar a fronteira em sua relação com os limites político-administrativos e, conseqüentemente, com um discurso geopolítico ou associado à expansão da frente de colonização do Estado ou da nação. Estudos sobre zonas fronteiriças costumam estar ligados à percepção de que essa é uma questão principalmente de competência daqueles que lidam com a política externa dos Estados ou com o direito internacional (Zarate, 2008; Londoño Niño, 2013). Por isso, frequentemente, ao ouvirmos falar de fronteiras e limites, associamos à geopolítica ou a suas expressões jurídicas, como tratados e convenções internacionais. A fronteira é um limite político formal, separando realidades que são distintas do ponto de vista do desenvolvimento socioeconômico, da legislação, cultura e oferta de serviços, incluindo os da saúde.

As fronteiras devem ser entendidas como resultado de um processo, que revela elementos que acentuam ou aproximam as diferenças étnicas e nacionais. Isso também implica uma resignificação do Estado e da nação, sem, contudo, ocultá-los. Os Estados, de modo geral, mantêm um interesse especial pelas regiões de fronteira, pois são pontos estratégicos de defesa.

No entanto, é importante reconhecer que a soberania não é uma questão unilateral, pois envolve um acordo entre nações, já que é impossível ser soberano simplesmente proclamando a própria soberania. Esta realidade é sempre dinâmica, construída política e socialmente, e está em constante transformação devido à mobilidade humana e ao processo de globalização contemporâneo (Londoño Niño, 2013; Brasil, 2016).

É notável os avanços nas últimas décadas do século XX em relação à velocidade e volume de fluxos, por meio de redes de comunicação e de tráfego aéreo que encurtaram as distâncias. Contudo, este fato expõe ainda mais as populações a agravos que podem circular seguindo este mesmo fluxo. Isso torna-se ainda mais preocupante porque esses processos globais, em geral, não promoveram o acesso equitativo a bens e serviços e tampouco a redução das desigualdades.

Benjamin Constant está localizado em uma região de tríplice fronteira, caracterizada por intensa mobilidade humana, o que tornou ainda mais desafiadora a implementação das medidas de isolamento necessárias para cumprir as normas internacionais recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no combate à pandemia de Covid-19. O evento de impacto global transcende a saúde e se configura como uma verdadeira sindemia (Horton, 2020). Desta forma, compreendemos que a implantação da barreira sanitária alcançou respostas positivas no município de Benjamin Constant, influenciando a maneira como as respostas foram desenvolvidas.

É importante ressaltar que as diferenças entre estruturas regionais, estaduais e municipais, tornam ainda mais desafiadora a adoção das medidas de isolamento necessárias para garantir o cumprimento das normas internacionais recomendadas pela OMS. Tais medidas poderiam ajudar a achatar a curva de infecção do vírus, permitindo que o sistema de saúde suportasse o aumento na demanda por atendimentos. É fundamental refletir sobre a estrutura do sistema de saúde nas áreas periféricas, uma

vez que equipamentos de mais alta densidade tecnológica está altamente concentrado nas grandes cidades. Em grandes espaços, há uma oferta mais ampla de profissionais, equipamentos e estruturas, que, embora possam ser rapidamente sobrecarregados, ainda oferecem um acesso mais completo à serviços de saúde. Uma das preocupações centrais desta escrita é compreender como o sistema de saúde funciona para aqueles que estão longe dos grandes centros urbanos, especialmente nas regiões isoladas da Amazônia brasileira, e como ele se organizou estrategicamente para responder à Covid-19.

Historicamente, fenômenos pandêmicos impactam as populações de maneiras distintas, revelando as desigualdades em saúde entre indivíduos, territórios, regiões e países. A pandemia do novo Coronavírus expôs essas desigualdades, aprofundou iniquidades e evidenciou problemas que, em geral, são ignorados em nossa sociedade e em grande parte dos países ao redor do mundo, aumentando a distância entre ricos e pobres (Machado *et al.*, 2022). Peiter (2005) discute o profundo abismo existente na fronteira Norte-Sul, destacando a possibilidade de crescimento dessas iniquidades devido às sucessivas crises políticas, econômicas, ecológicas e sanitárias enfrentadas pelos países periféricos. Ainda nesse texto, ao analisar a conjuntura marcada pela “emergência de doenças”, é feita uma reflexão sobre a percepção das populações em relação aos riscos sanitários e à potencial circulação global de patógenos e doenças.

A OMS, por meio de iniciativas associadas à Saúde Global (Global Health), buscou incentivar instrumentos internacionais, tais como o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), para impulsionar medidas globais de vigilância em saúde. O problema é que essa abordagem se ancora sobremaneira em uma lógica biomédica e tecnológica, nem sempre considerando que a operacionalização da percepção do risco e da segurança sanitária e sua possível contenção e gestão de crises depende diretamente



das questões macroestruturais dos países periféricos e seus determinantes (Peiter, 2005; Souza, 2017; Aguiar *et al.*, 2019; Jabbour; Rodrigues, 2021).

Apresentamos as medidas implementadas no período de março a maio de 2020 pela Vigilância em Saúde de Benjamin Constant, um município na tríplice fronteira amazônica, para controle da Covid-19. A partir dos documentos e dados apresentamos a experiência da implantação da barreira sanitária, atuando 24 horas por dia, fazendo o controle portuário e hidroviário na cidade nesse período.

## **Lições aprendidas na pandemia**

---

Para os gestores locais, a pandemia da Covid-19 representou um enorme desafio, especialmente por ser um evento de grande magnitude e com poucas informações disponíveis sobre as medidas necessárias para mitigar seus impactos. Enfrentar essa crise foi extremamente complexo, principalmente devido ao desconhecimento sobre como prevenir e tratar a doença, agravado pelos problemas logísticos e estruturais já existentes, como a falta de insumos, a escassez de profissionais, especialmente médicos, e a insuficiência de leitos de internação, em particular para casos de alta complexidade. Diante dos desafios impostos pela pandemia, ficou claro que, para construir estratégias eficazes, é essencial ter autonomia, equipamentos de saúde adequados, e uma equipe diversificada de profissionais especializados. Em emergências sanitária, essas limitações se tornam ainda mais evidentes, exigindo a busca por alternativas e o fortalecimento de parcerias com outros municípios ou até mesmo com capitais diferentes.

Em janeiro de 2020, a ANVISA publicou a Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA N° 04/2020, que forneceu orientações para os serviços de saúde sobre medidas de prevenção e controle a serem adotadas

durante a assistência a casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Esse documento passou por várias atualizações ainda em fevereiro do mesmo ano, orientando as ações em todo o território nacional, enquanto o país se preparava para a propagação do vírus. No Amazonas, os Decretos Nº 42.061 de 16/03/2020 e Nº 42.100 e Nº 42.101 declararam emergência na saúde pública do Estado em razão da disseminação do novo coronavírus (2019-nCoV), instituíram o Comitê Intersetorial de Enfrentamento e Combate ao Covid-19, e estabeleceram medidas temporárias para enfrentar a crise. Em consequência desses decretos, foi publicada a Nota Técnica Conjunta 08 FVS/SUSAM, que definiu os critérios para casos suspeitos do novo Coronavírus Covid-19, alertando todo o estado de que o vírus já estava presente em seu território e circulando entre a população da capital, com tendência de disseminação em todo o território estadual.

A nota técnica estadual confirmou a circulação comunitária do vírus na capital, sendo de imediato montado o comitê que desenvolveu o planejamento com envolvimento de diversos órgãos. Foram implementadas diversas medidas de prevenção e controle que visavam reduzir as chances de transmissão, priorizou-se o funcionamento de serviços essenciais.

A circulação comunitária do vírus em Manaus levou a uma série de medidas restritivas adotadas pela gestão estadual e municipal, que impactaram atividades econômicas e sociais, e especialmente a circulação de pessoas. Essas medidas foram orientadas por diversas Notas Técnicas. A Nota Técnica Nº 01/2020/DVE/FVS-AM recomendava a adoção de medidas de prevenção e controle da Síndrome Gripal e SRAG. A Nota Técnica Nº 04/2020/DVE/FVS-AM alertava sobre a identificação e circulação do Coronavírus (Covid-19), enquanto a Nota Técnica Nº 05/2020/DEVISA/FVS-AM oferecia orientações para a prevenção de infecções respiratórias. A Nota Técnica Nº 06/2020/DVE/FVS-AM, publicada em março de

2020, destacava o Covid-19 como uma emergência de saúde pública e recomendava medidas restritivas e de isolamento.

As ações iniciais focaram em vigilância e organização da assistência hospitalar principalmente na capital. Sem assistência, os municípios do interior tiveram dificuldade em suportar um aumento de casos. As estruturas existentes nas demais regiões do estado teriam dificuldade em suportar um aumento no número de casos. As Notas Técnicas N° 001/2020 - SEAASC/SUSAM, N° 002/2020 - SEAASC/SUSAM e N° 006/2020 - SEAASC/SUSAM, publicadas entre março e início de abril, enfocavam principalmente a organização dos serviços de saúde na capital, mencionando apenas as estruturas e redes de atenção dessa região.

No nível municipal, foram adotadas várias medidas regulamentadas por decretos. Alguns decretos, como o Decreto N° 077, criaram comitês de enfrentamento ao contágio pelo novo coronavírus e o Decreto N° 080 declarou emergência no município enquanto a emergência de saúde pública nacional persistisse. Outros decretos, como os de números 076, de 18 de março de 2020, N° 085, de 31 de março de 2020, N° 100, de 16 de abril de 2020 e N° 102, de 1° de maio de 2020, estabeleceram medidas restritivas que regulavam a entrada e saída do município e a circulação de pessoas em espaços públicos. Essas medidas foram escalando conforme o cenário epidemiológico mudava e incluíam a suspensão de atividades e serviços que envolvessem mais de 30 pessoas, a suspensão das atividades escolares presenciais, desportivas, e o fechamento dos espaços de lazer coletivo. Além disso, restringiram o horário de funcionamento de restaurantes, bares, lanchonetes e espaços públicos até as 22h.

Outras medidas incluíam a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção e a exigência de que todas as embarcações de pequeno, médio e grande porte que transportassem passageiros fossem paradas no porto oficial da cidade (porto do DNIT) para triagem médica realizada pela equipe

do Comitê Covid-19. O desembarque na cidade foi restrito, permitindo apenas para aqueles que aceitassem cumprir as medidas previstas, sendo obrigatório o monitoramento dos desembarcados por 15 dias. Ainda foi proibida a saída de indígenas de suas aldeias e comunidades, e estabeleceu-se um rodízio na circulação de veículos.

A Barreira Sanitária foi a primeira estratégia do município a ser implementada a princípio com um grande desafio, tendo em vista as características amazônicas, todo o perímetro da cidade é cortado por rios o que transformou o controle de entrada e saída extremamente complexo, considerou-se a principal ferramenta para mitigar os casos, os gestores entendiam que que não conseguiriam evitar a entrada da doença mas retardar a sua disseminação na cidade sabendo que é uma doença que já estava na capital em circulação comunitária e que se alastraria para o interior. Desta forma, a implantação da barreira sanitária se fez necessária para realizar o monitoramento do grande fluxo humano. É necessário refletir sobre a configuração do sistema de saúde nas áreas periféricas do Estado do Amazonas, onde a oferta de profissionais, equipamentos e estruturas é mais complexa.

As Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, da Assistência Social, do Meio Ambiente, da Segurança Pública, a Defesa Civil e a Polícia Militar trabalharam de forma integrada. Na base da Barreira os sinais vitais e a clínica eram verificadas, assim como a coleta das informações básicas para preenchimento da ficha de controle. Para o monitoramento destas pessoas foram criadas equipes de monitoramento epidemiológico para realizar vigilância ativa, estes profissionais percorriam os domicílios dos isolados garantindo as condições de isolamento e orientação aos familiares, assim como a realização do acompanhamento domiciliar, busca ativa dos casos suspeitos, atendimento e testagem destes indivíduos. Para a realização destas ações tivemos 98 profissionais de diversos segmentos atuando em conjunto e integrados (quadro 1).

**Quadro 1.** Profissionais para a realização da Barreira sanitária e monitoramento das pessoas em isolamento.

<b>Formação</b>	<b>Necessidade</b>	<b>Regime de horário</b>	<b>Quantidade</b>
Enfermeiro(a)	compor a equipe de vigilância e busca ativa	40 horas semanais	03
Enfermeiro(a)	controle no porto e estrada	regime de plantão	11
Técnico de enfermagem	compor a equipe de vigilância e busca ativa	40 horas semanais	07
Técnico de enfermagem	controle no porto e estrada	regime de plantão	20
Técnico em vigilância sanitária	compor a visa para que todas as ações sejam realizadas de forma integral em 24 horas.	regime de plantão	20
Segurança	controle no porto e estrada	regime de plantão	20
Administrativo	compor a equipe de vigilância e busca ativa / vigilância sanitária	40 horas semanais	05
Motorista fluvial	controle do porto	regime de plantão	06
Auxiliar de serviços gerais	UBS fluvial ACS Dona Dalila e UBS Sebastião Cruz Plácido	regime de plantao	06
<b>Total</b>			<b>98</b>

Fonte: Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (Covid-19) de Benjamin Constant – AM, 2020.

Todos os dias chegavam embarcações e aviões na região, sendo, portanto, a barreira implementada com uma articulação de diversos órgãos, Secretaria de Segurança, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, Defesa civil. Auxiliando os controles nas barreiras no rio e orientando a população em seu principal transporte que são as canoas a cumprir as medidas de isolamento preconizadas para aquele momento. Na chegada de cidadãos do país vizinho Peru era realizado desinfecções de

produtos que chegavam nas embarcações e controle de entrada e saída. A questão da barreira foi complexa tendo em vista a compra de alimentos e deslocamento de pessoas entre os países assim foram construídos protocolos de liberação para a realização das compras dos alimentos e gás para também não desabastecer o país vizinho. O Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (Covid-19) de Benjamin Constant – AM (2020) contém em seus anexos informações referentes as embarcações utilizadas para a realização desta ação (quadro 2).

**Quadro 2.** Ação de fiscalização e ronda fluvial para cumprimento da Barreira Sanitária pelos transportes fluviais

<b>Balieiras para o combate ao covid 19</b>	
Balieira 200 hp	02 unidades
Balieira 25 hp	02 unidades
<b>Patrimônios</b>	
Balieira 115 hp	01 unidade
Balieira 90 hp	01 unidade
Balieira 60 hp	01 unidade
Balieira 40 hp	01 unidade
Embarcacao de medio porte Frei Felipe II	01 unidade
Embarcacao de medio porte Prof.ª Marieta	01 unidade

Fonte: Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (Covid-19) de Benjamin Constant – AM, 2020.

A iniciativa municipal foi confirmada pelo decreto federal que, tempos depois, fechou as fronteiras, mas sem a presença efetiva de forças federais para a execução destas ações. Assim, restou ao município assumir

estas funções com as forças locais e apoio da Polícia Militar, lembrando os perigos da relação de fronteira com o narcotráfico e outras questões de segurança da região. No dia 06 de fevereiro de 2020, o governo federal publica a Lei Nº 13.979, que no inciso VI do caput do art. 3º, trazia restrições à entrada no país de indivíduos vindos do exterior, já a Portaria Nº 125, de 19 de março de 2020, sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no país de estrangeiros oriundos de alguns países entre eles Colômbia e Peru, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A princípio, essa restrição estava determinada, pelo prazo de quinze dias, com possibilidade de prorrogação, o que de fato ocorreu aconteceu.

Sendo uma estratégia adotada em resposta ao cenário epidemiológico do município que não apresentava circulação evidenciada do novo Coronavírus, tendo em vista que a entrada do agente se daria através de viajantes com sinais e sintomas compatíveis com a doença. Nesta ação foi realizado o monitoramento pela planilha em Excel, na qual foram registrados no período de 21/03/2020 a 12/05/2020 691 indivíduos na barreira sanitária, destes, 640 foram monitorados em seus domicílios. No período de 11/04/2020 a 02/05/2020 devido ao grande fluxo de pessoas adentrando ao município vindo de áreas com transmissão da Covid-19, foi aderida a estratégia de isolamento monitorado em um no hotel da cidade, ação custeada pelo próprio município, tendo 51 indivíduos em monitoramento diário. Dos 691 monitorados, 22 indivíduos apresentaram sintomas leves da doença (tabela 1), dos quais 7 apresentaram resultado reagente para a doença. Entre os monitorados pela barreira sanitária, nenhum precisou de internação ou evoluiu para óbito pela Covid-19.

**Tabela 1.** Casos de síndromes gripais durante o isolamento

Resposta	Quantidade	%
Sim	22	3,18%
Não	646	93,50%
Ignorado/em branco	23	3,32%
<b>Total</b>	<b>691</b>	<b>100%</b>

Fonte: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant – AM.

Limitar o ir e vir das pessoas tão acostumadas com esse trânsito na fronteira foi algo muito complexo. Ações de vigilância de testagem foi de difícil implementação dada grande procura por teste em todo o mundo. A principal estratégia de diagnóstico foi a avaliação sintomática em especial nas barreiras sanitárias para indicar o início de medidas de isolamento, reservando os poucos testes que a secretaria de saúde do município conseguiu adquirir para os casos mais graves e de forma amostral aos indivíduos que chegavam nas embarcações. A intenção era controlar quem entrava, de onde vinham, se estavam apresentando sintomas, essa lista era repassada a vigilância epidemiológica que desmembrava a lista para as equipes de busca ativa que monitoravam esses usuários e fiscalizavam o cumprimento do isolamento necessário a diminuir a cadeia de transmissão da doença.

Com o aumento da chegada de pessoas, especialmente devido ao fluxo de indivíduos que fugiam da capital para o interior, foi implementado um hotel para quarentena, já que não havia circulação comunitária do vírus e para garantir a segurança das famílias que recebiam parentes vindos de outras cidades. O hotel de trânsito foi criado com o objetivo de assegurar o cumprimento do período de isolamento durante o período de incubação recomendado. Os indivíduos provenientes de áreas com circulação



comunitária do vírus eram acompanhados diariamente por equipes de vigilância ativa, compostas por médicos e enfermeiros, que monitoravam sintomas, realizavam testes e ofereciam tratamento. Além disso, eram fornecidos alimentação e atendimento, incluindo apoio psicológico. Na figura 1 podemos verificar a localidade de procedência das pessoas que foram monitoradas nesse período.

**Figura 1.** Procedência das Pessoas em monitoramento.



Fonte: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant – AM.

O único fluxo desses passageiros, que chegavam em embarcações, era do porto diretamente para o hotel. Ao identificar um caso positivo, todos os passageiros que haviam viajado na mesma embarcação eram novamente testados e monitorados com maior rigor. Essa estratégia foi considerada fundamental para retardar a instalação da circulação comunitária do vírus na cidade, uma vez que portadores do vírus foram identificados, tratados e liberados somente após a garantia de que não transmitiriam a doença. Após a confirmação da circulação comunitária na cidade, as medidas de quarentena passaram a ser mantidas nas residências dos usuários e das famílias que os recebiam.

Na figura 2 é possível observar a estratificação por bairro de residência, destas pessoas em monitoramento. É possível verificar ainda

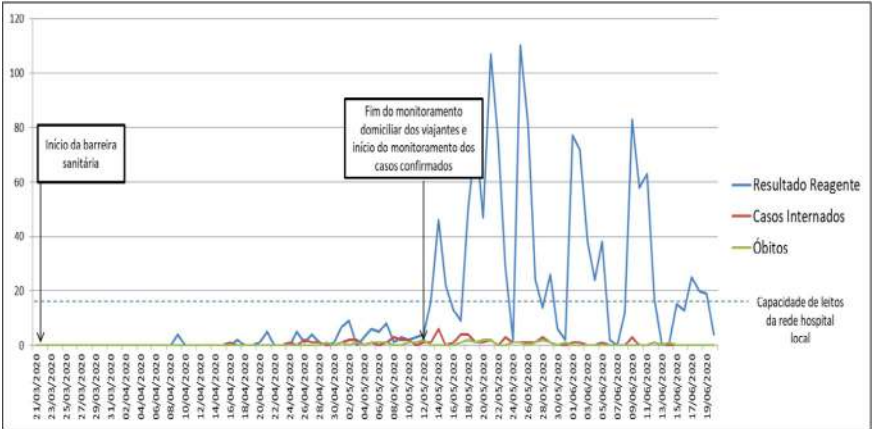
através do gráfico 3 que a barreira sanitária e o monitoramento, por meio das equipes de epidemiologia, promoveu o achatamento da curva de infecção do vírus da Covid-19, contribuindo para que o sistema de saúde do município de Benjamin Constant não tivesse seus serviços de saúde colapsados.

**Figura 2.** Estratificação por bairro de residências das pessoas em monitoramento.



Fonte: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant – AM.

**Figura 3.** Análise do monitoramento pela barreira sanitária em relação a capacidade de leitos da rede hospitalar local.



Fonte: Arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant – AM.

## Conclusão

---

O controle através da barreira e o monitoramento pelas das equipes de epidemiologia demonstrou êxito no propósito de promover o achatamento da curva de infecção do vírus, de modo que o sistema de saúde local não teve seus serviços colapsados. Além de ser uma importante ferramenta para a avaliação próxima da realidade, visto que os casos eram notificados *in loco*, de forma ativa, foi possível identificar fatores como o caso índice do município, meio de transporte e local de origem dos primeiros casos positivos de Covid-19. Portanto, a estratégia permitiu a identificação precoce e oportuna da circulação viral e o isolamento e tratamento dos indivíduos acometidos por este agravo, tratando-se, uma ferramenta fundamental para controlar emergências sanitárias, servindo de modelo para região Amazônica.

Estar em uma área de fronteira traz vantagens e desafios no enfrentamento de uma pandemia. Foram adquiridos diversos testes, medicamentos e oxigênio por meio dos mercados e da logística dos países vizinhos, pois não havia tempo suficiente para que esses materiais chegassem de Manaus. Isso permitiu a busca de recursos na Colômbia e no Peru, incluindo o oxigênio, insumo crítico para o tratamento clínico da doença. Esses suprimentos mantiveram muitos usuários vivos pela oxigenioterapia, especialmente durante a crise de abastecimento que colocou o Amazonas em risco. As relações construídas na fronteira ajudaram a minimizar os impactos do desabastecimento no estado.

As interações entre os setores de saúde dos países vizinhos foram reestabelecidas, especialmente quando pessoas tentavam entrar ilegalmente devido ao fechamento das fronteiras. Nesses casos, eram feitas triagens e os usuários eram encaminhados para o Peru para receberem acompanhamento médico. Ainda foi solicitado que os residentes do município que procurassem

atendimento de saúde no Peru fossem reportados para que a vigilância pudesse ser realizada em suas residências. Esses acordos informais foram se desenvolvendo localmente, já que parcerias em outros níveis de gestão não foram possíveis.

Essas relações exigem habilidades políticas e administrativas, bem como uma vontade de superar os limites das fronteiras para garantir a saúde. Para um controle adequado, era necessário obter dados sobre a circulação viral no país vizinho. Dessa forma, profissionais de saúde e militares do Peru foram contatados, estabelecendo uma parceria informal que reestabeleceu um fluxo de informações essenciais para o monitoramento e a vigilância. Essa colaboração possibilitou, inclusive, a identificação de uma cepa do vírus que chegou à região pelo lado peruano, identificada pela vigilância genômica. Em articulação com a OPAS, o Ministério da Saúde e a Fiocruz, foi possível integrar ações de saúde entre profissionais brasileiros e peruanos. No entanto, foram identificados desafios, como a dificuldade de lidar com sistemas de saúde diferentes, desde a forma de coleta e processamento de dados até o destino dessas informações, sendo um ponto negativo destacado nas entrevistas com gestores locais.

## Referências

---

- Aguiar, R. B., & Lima, L. L. (2019). Capacidade estatal: definições, dimensões e mensuração. *BIB: revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais*, n. 89, p. 1-28, ago.
- Benjamin Constant (2020). *Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) de Benjamin Constant – AM*. Disponível em: <https://www.benjaminconstant.am.gov.br/documento/p/33/?documentos.html>.
- Brasil. Ministério da Justiça e Cidadania. MT Brasil, Migrações Transfronteiriças.
- Municípios de Fronteira: Mobilidade Transfronteiriça, Migração, Vulnerabilidades e Inserção Laboral. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD), Viena, 2016. ISBN: 978-3-902880-94-9. Disponível em: [https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos-pesquisas/mtbrasil\\_act-1-3-1-4\\_relatorio\\_final.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos-pesquisas/mtbrasil_act-1-3-1-4_relatorio_final.pdf) Acesso em: 9 ago 2022.

- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, v. 396, n. 10255, p. 874. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
- Jabbour, E., & Rodrigues, B. S. (2021). A “Nova economia do projetamento” no combate à covid-19 e as capacidades estatais chinesas como força política estratégica. *Revista de Economia Contemporânea*, [S. l.], v. 25, n. 2, p. e212525.
- Londoño Nino, E. A. (2013). A tríplice fronteira Brasil, Colômbia e Peru: limites e desafios de cooperação e integração da região fronteiriça, com ênfase nos anos 2006-2011. 2013. 89 f. Dissertação (mestrado) - UNESP/UNICAMP/PUC-SP, Programa San Tiago Dantas. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/93731>>.
- Machado, C. V., Pereira, A. M. M., & Freitas, C. M. (2022). *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições [online]*. Rio de Janeiro, RJ: Observatório COVID-19 Fiocruz; Editora Fiocruz. Informação para ação na COVID-19 series. ISBN: 978-65-5708129-7. <https://doi.org/10.7476/9786557081594>
- Machado, L. O. (2005). Estado, territorialidade, redes. Cidades gêmeas na zona de fronteira sul-americana. In: Silveira, M. L. (org.). *Continente em chamas. Globalização e território na América Latina*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 243-281.
- Peiter, P. C. (2005). A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. *Tese (Doutorado)* – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Souza, C. (2017). Modernização do Estado e construção de capacidade burocrática para a implementação de políticas federalizadas. *Revista de Administração Pública*, v. 51, n. 1, p. 27-45. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612150933>
- Zárate, C. (2008). *Silvícolas, siringueros y agentes estatales : el surgimiento de una sociedad transfronteriza en la Amazonia de Brasil, Perú y Colombia, 1880-1932*. Universidad Nacional de Colombia-Instituto Amazónico de Investigaciones IMANI. p. 27-67.



# A VACINAÇÃO É NOSSA HISTÓRIA, NOSSO FOCO, NOSSO FUTURO: município de Boa Vista do Ramos, AM

Ozian da Silva Carvalho  
Lindoneide Frazão Bezerra  
Emília Soares de Souza  
Alice Ermínia de Souza Mafra  
Tatia Lamara Magno Morais  
Lysandra Nivia Guimarães Farias  
Sonaira Serrão Castro Ribeiro

*Vírus, cocos e bacilos,  
doenças, dores, mazelas,  
mentes férteis, sapiência,  
bom controle sobre elas.  
No mundo em evolução  
mostra-se a vacinação  
para vencer as sequelas.*

*Os anticorpos seguros,  
o esforço da medicina,  
o caminhar da ciência,  
a esperança que fascina.  
Para o povo, a sanidade,  
só virá com a imunidade  
oriunda da vacina.*

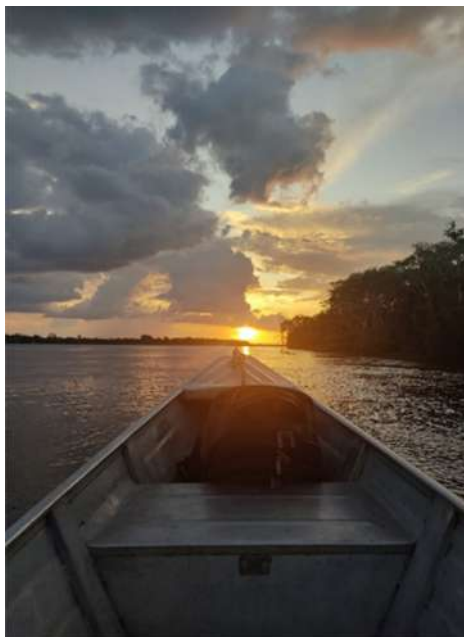
Sávio Pinheiro  
Médico da família, plantonista em hospitais  
e autor de cordéis sobre saúde

## Introdução

---

Todo desafio se inicia em um convite, um chamado, um estímulo que nos impulsiona a querer vencê-lo ou até mesmo alcançar o objetivo escolhido. Iniciar esse capítulo nos faz levantar diversas reflexões, principalmente no que diz respeito em como começar. Talvez pelas experiências que cada um tem nesse vasto mundo da imunização em que vivemos, principalmente sobre a realidade das ações realizadas nas comunidades ribeirinhas, ou quem sabe, caracterizando o município e a população alvo que é o foco de nossas ações como profissionais de saúde, ou ainda sobre um vislumbre que nos leva a compreender o que é a imunização e seu importante papel desde o início até os dias de hoje. Além disso, a reflexão que surge ao relatar o processo de construção das ações de imunização ao longo do tempo, mas precisamos de um princípio.

**Figura 1.** Navegação no território líquido.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.



Tudo começou com a proposta de um trabalho intitulado “Estratégias de imunização para aumentar a cobertura vacinal no município de Boa Vista do Ramos - Amazonas”, apresentado na II Mostra IMUNIZASUS etapa estadual 2024, sendo selecionado como a melhor experiência da região de saúde do Baixo Amazonas. Utilizamos esse trabalho como ferramenta para levar as ações que obtiveram êxito no município, compartilhando as experiências e assim contribuir para um bom andamento das estratégias de vacinação e aumento das coberturas vacinais. A experiência apresenta um exemplo de que, mesmo diante das barreiras geográficas, humanas e logísticas, é possível alcançá-las e, assim, fortalecer o objetivo da imunização que é a prevenção e controle de diversas doenças transmissíveis ou de alta letalidade.

Quem vive o Sistema Único de Saúde (SUS) sabe o quão trabalhoso é trazer a realidade aquilo que está no papel, mas, ao mesmo tempo, é prazeroso quando aquele que recebe o SUS lhe olha nos olhos e diz “obrigado”. Esse sentimento de gratidão nos move a cada dia, proporcionando o que realmente deve ser o SUS em sua essência. Um sorriso meio tímido após ser atendido ou aguardando ser vacinado, um olhar perdido e um pedido de ajuda, nos faz entender a importância das ações em prol das pessoas ao nosso redor, oferecendo da melhor forma possível uma assistência de qualidade, não importa as barreiras e sim as vidas que acolhemos e estendemos as mãos.

*Um olhar para o passado com um pé no presente e um passo para o futuro.*

*Assim estão os pensamentos na redação desse capítulo.*

*Quando vejo o passado, aquele menino ribeirinho que se assustava*

*e corria para mata ao ver a lancha da saúde,*

*pois sabia que ali além da assistência também vinha a vacina.*

*Hoje ao estar na lancha e olhar pela janela aqueles barrancos enormes,*

*crianças no aguardo da saúde e da vacinação,*

*os olhos marejam, os papéis se invertem,*

*agora não sou eu que espero a lancha, agora sou eu quem está na lancha.*

Ozian Carvalho.

Enfermeiro da estratégia de saúde da família ribeirinha

## O destino mais doce da Amazônia

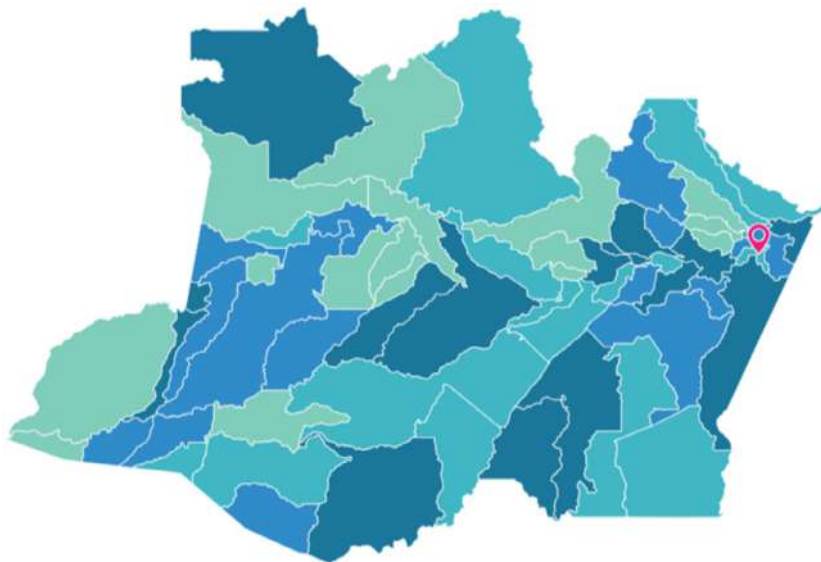
---

Boa Vista do Ramos, localizada a 271 km de Manaus, também conhecida como a “terra do mel”, por se tornar a maior produtora de mel de abelhas sem ferrão do Brasil, onde a produção fica em torno de 50 (cinquenta) barris por mês, constituindo a principal fonte de renda do município. Além disso, o município tem vários eventos como, Festival Folclórico com danças típicas realizado no Centro de Convenções Tia Iro, contando com a apresentação de danças adultas e infantis, disputa de quadrilhas caipiras, e principalmente a disputa dos Bois Mina de Ouro e Tira Fama (Amazonas, 2019).

A história do município Boa Vista do Ramos se mistura com a do município de Maués, onde em 1798 é fundada a Aldeia de Lusea. A região, durante a primeira metade do século XIX é palco de cruéis conflitos entre brancos e índios, sendo também afetada pela sedição dos cabanos. Em 1850, quando é criada a Província do Amazonas, Lusea está entre um dos 14 municípios existentes. Em 1892, tendo seu progresso como destaque, seu nome é mudado para Maués, passando a ser sede de comarca em 1895 (IBEG,2022).

Ainda no século passado, Boa Vista do Ramos, iniciou com as primeiras casas de palha, onde o Sr. Antero Roberto Pimentel, conhecido também como Antero Gaivota, se destacava como líder principal, comerciante, proprietário da casa comercial Boa Vista, daí o nome originou-se a Comunidade de Vila de Boa Vista. Já no início deste século, recebeu a conotação de povoado com a chegada das famílias de Bento Barroso Pinheiro dos Santos, Hermínio Rolim da Cruz, José Dinelly Pimentel e Graciliano Farias dos Santos. (IBGE,2022).

**Figura 2.** Localização do município de Boa Vista do Ramos.



Fonte: IBGE, 2022.

Em 1961 foi criado o Distrito com a denominação de Boa Vista do Ramos, pela Lei Estadual n.º 1, de 12/04/1961, subordinado ao município de Maués, mas em 24/07/1964, pela Lei n.º 41, é extinto o distrito, sendo seu território anexado ao município de Maués. Em 1981, é elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Boa Vista do Ramos, pela Emenda Constitucional n.º 12, de 10/02/1981 (Art. 2º - Disposições Gerais Transitórias). Delimitado pelo Decreto Estadual n.º 6.158, é desmembrado dos municípios de Barreirinha, Maués e Urucurituba (IBGE,2022).

A população estimada é de 23.785 habitantes, de acordo com dados do IBGE (2022), distribuídos em uma área geográfica de 2.587 km<sup>2</sup>, que resulta numa densidade demográfica de 9,19 hab/km<sup>2</sup>. Em 2010, na educação a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 95,9%. Em relação ao IDEB, no ano de 2021, para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública era 4,3 e para os anos finais, de 4,2. Na saúde, a taxa de mortalidade

infantil média na cidade é de 7,27 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 42 para cada 1.000 habitantes. Em 2021, o PIB per capita era de R\$ 9.102,4 (IBGE, 2022).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica é um conjunto de ações de saúde, que envolve o indivíduo e/ou a coletividade, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral, onde o indivíduo tenha autonomia na sua saúde e traga um impacto positivo nos determinantes e condicionantes de saúde no âmbito coletivo. A atenção básica é desenvolvida pelo exercício prático de cuidado e gestão, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, tendo como alvo as populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2012).

A Atenção Básica em Boa Vista do Ramos é desenvolvida por sete equipes, distribuídas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na Zona Urbana e 2 Postos de Saúde localizados na Zona Rural. Sendo que duas UBS possuem uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) no mesmo espaço físico, mas que atendem a população cadastrada de sua área de abrangência. Os dois Postos de Saúde, localizados nas comunidades, possuem, cada um, uma equipe de saúde. Ainda há uma Equipe Multidisciplinar (e-Multi).

**Quadro 1.** Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos.

<b>Tipode Estabelecimento</b>	<b>Dupla</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>	<b>Total</b>
Hospital Geral	0	0	1	1
Polo Academia da Saúde	0	0	2	2
Posto de Saúde	0	0	2	2
Unidade De Vigilância em Saúde	0	0	1	1
Central de Gestão em Saúde	0	0	1	1
Centro De Saúde / Unidade Básica	0	0	3	3
Clinica / Centro De Especialidade	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

Fonte: Relatório Anual de Gestão, 2023.

O Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação, classifica a sala de vacinação como área semicrítica, destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos, levando em consideração os diversos calendários de vacinação existentes. É importante que todos os procedimentos realizados promovam uma máxima segurança, reduzindo assim, os riscos de contaminação para os indivíduos vacinados, como para o profissional da equipe de vacinação (Brasil, 2014).

O município possui em suas UBS e Postos de Saúde, salas de vacinas funcionando, oferecendo à população adstrita e cadastradas em suas áreas, os imunobiológicos preconizados pelo calendário nacional de vacinação. As equipes estão capacitadas para realizar as atividades, obedecendo sempre os manuais e procedimentos operacionais padrões (POP). As Unidades possuem materiais (caixas térmicas, gelo artificial, seringas, entre outros) para as ações extramuros, além do suporte logístico da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal.

## Vacinação em Boa Vista do Ramos: Sucessos e Desafios

---

Na história da humanidade, as doenças tiveram grande potencial de exterminar a população, surgiram e se propagaram de forma rápida, transformando-se em pandemia, como estratégia para combater esses agentes causadores de doenças, a vacinação se mostrou eficaz diminuindo assim a morbimortalidade. Através da primeira vacina criada pelo médico inglês Edward Jenner em 1796, que protegia contra o vírus da varíola, marcou um dos mais importantes avanços da medicina (Oliveira *et al.*, 2021).

Estabelecido em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde da população brasileira. Através do PNI, o governo federal oferece gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) 48 imunobiológicos, sendo 31 vacinas, 13 soros e 4 imunoglobulinas, essas vacinas compreendem tanto as preconizadas pelo calendário nacional de vacinação, como também as indicadas para grupos em condições clínicas especiais, incluindo indivíduos com HIV ou em tratamento de algumas doenças, como câncer, insuficiência renal, entre outras, disponibilizadas e/ou aplicadas pelos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), inclui também as vacinas Covid-19 e outras administradas em situações específicas (Brasil, 2022).

Para mensurar se a população está sendo imunizada utiliza-se dados referentes à Cobertura Vacinal (CV), que é um importante indicador de saúde populacional, contribuindo para controlar e erradicar as doenças imunopreveníveis, dessa forma, indivíduos vacinados, são indivíduos protegidos. De acordo com as diretrizes do PNI, a meta de CV é 90% para as vacinas Rotavírus e BCG, e de 95% para as demais que compõe o Calendário Nacional de Vacinação da Criança (Informativo, 2023).

Aproximadamente 50% da população de Boa Vista do Ramos, residem às margens de rios e lagos, fazendo com que o acesso desses usuários seja um

desafio para o SUS devido a questões geográficas, tanto para os ribeirinhos que utilizam transporte fluvial para o seu deslocamento até o município, quanto para os profissionais responsáveis por ofertar os serviços de saúde. Assim, para atender aos princípios de equidade, integralidade e universalidade na atenção à saúde foi necessário pensar em estratégias específicas para a população da região. Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou ferramentas que auxiliam no aumento da cobertura vacinal.

Muitos são os desafios para conseguir alcançar as metas de cobertura vacinal, além da questão do acesso dos usuários aos serviços de vacinação. O município, como em todo o país, tem observado o aumento da recusa ou atraso na busca de receber o imunizante, refletindo significativamente no percentual dos indicadores vacinais. Para o aumento da cobertura vacinal foram realizadas ações estratégicas e utilização de ferramentas de monitoramento pelos profissionais que se mostraram exitosas: monitoramento pelo cartão-espelho de vacinação e da ferramenta Deltascript; ter um coordenador local da sala de vacina das Unidades Básicas de Saúde (UBS); utilização do disco vacinal que apresenta as vacinas preconizadas para cada idade; realização do dia “D” de imunização; atualização das cadernetas de vacinação nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE); busca ativa vacinal (BAV).

Nesse sentido, o planejamento das ações a serem executadas, como educação permanente com todos os profissionais da saúde, educação em saúde com os colaboradores dos equipamentos sociais do município, foi um fator determinante e imprescindível para a adesão à imunização. A educação em saúde para a população e a educação permanente para profissionais contribuiu o entendimento dos procedimentos dos serviços. Ainda foi utilizada a estratégia da planilha nominal da população-alvo de cada equipe de estratégia saúde da família/ribeirinha, obtida através do Deltascript, que é uma ferramenta gratuita que todas as equipes têm acesso e que auxilia na melhoria da qualidade de dados do e-SUS, viabilizando

o monitoramento dos indivíduos vacinados e não-vacinados cadastrados na área. Assim, foram ajustados os serviços de vacinação para atingir o público-alvo, além de articulação e alinhamento com os profissionais da educação nas ações do PSE, que foram orientados quanto ao uso do disco vacinal para verificação das vacinas em atraso.

## **Relato da experiência e seus resultados**

---

A educação em saúde é uma ferramenta indispensável para sensibilizar a população sobre a importância da imunização, e, assim, desenvolver nela o senso de responsabilidade pela sua própria saúde. Desse modo, o fortalecimento na Atenção Primária à Saúde se apresenta como ampliação da aprendizagem e práticas relacionadas às atitudes que resultarão na saúde dos indivíduos.

Na execução das educações em saúde nas UBS do município, utilizam-se formas de captar a atenção da população para as informações passadas, toda semana se realiza uma escala com o profissional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, outros) responsável para realizar as orientações, principalmente sobre a importância da vacinação, os mitos e verdades, os medos e receios, respondendo muitas dúvidas da população presente na sala de espera das unidades de saúde.

Para auxiliar os profissionais das equipes de saúde no controle da população alvo vacinada e não vacinada, foi utilizada a ferramenta cartão-espelho, representado pela figura 3, mostrou praticidade na visualização das vacinas aplicadas, aprazadas e em atraso, tornando possível a busca ativa vacinal. O cartão-espelho traz uma reprodução do registro da aplicação das vacinas do Calendário Nacional presente na caderneta de vacinação da criança, através dele a equipe realiza a atualização mensal ou quando necessário, dando uma atenção para aqueles que estão com vacinas em



atraso ou no prazo, realizando assim a busca ativa e consequentemente a vacinação. Cada Agente comunitário de saúde (ACS) possui uma pasta física com esses registros atualizados, facilitando o seu controle em relação as vacinas a serem administradas, informando ao responsável da equipe e/ou coordenador da sala de vacina.

Ainda como ferramenta de monitoramento, o Deltascrit é um programa totalmente gratuito disponível para download e de fácil instalação e manuseio, desenvolvido por Marcos Filho. O Programa realiza um levantamento e monitoramento das vacinas do E-SUS APS, possibilitando o acompanhamento quantitativo e nominal do público-alvo através da busca rápida por filtros específicos (faixa etária, imunobiológico, equipe de saúde, microárea) conforme figura 4. Assim, fornece resultados que permitem adotar medidas de intervenção pela equipe de saúde, pois gera um relatório com os dados do cidadão como: nome, número do cartão SUS, data de nascimento, nome da mãe, ACS e as vacinas aplicadas, em atraso e no prazo.

**Figura 3.** Cartão espelho das vacinas registradas e aplicadas do calendário vacinal.

**Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional**

A partir de 12 meses	Pneumocócica 10V (conjugada)	Meningocócica C (conjugada)	DTP		VOP		Tetraval
	Reforço	Reforço	1º Reforço	2º Reforço	1º Reforço	2º Reforço	Uma dose
	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /
Varicela	Febre amarela	Hepatite A	HPV	Pneumocócica 23V (povos indígenas)	Pentaval (contendo: DTP, Varicela, Hepatite A, Febre amarela e Pneumocócica 23V)		
Uma dose	Dose de reforço	Uma dose	Dose	Dose	Uma dose		
Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /

**Registro de Outras Vacinas e Campanhas**

Outras campanhas	NOME:						Data de Nascimento: / /	
	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /
	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /
Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produz: / / Unidade: / / Ass.: / /	

Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

Como meio de organizar as salas de vacinas, cada unidade de saúde dispõe de um profissional enfermeiro como coordenador local de imunização, responsabilizando-o pelo manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos, auxílio às equipes na busca ativa vacinal, formulação de estratégias de vacinação e realização de educação em saúde e permanente com os colaboradores da saúde e demais equipamento sociais.

O disco vacinal foi uma das ferramentas utilizada para educação em saúde e permanente com os profissionais do município, principalmente os que compõem a secretaria de educação e assistência social, pois entendemos que a vacinação é um dever de todos, dessa forma, nos auxiliam emitindo um alerta das crianças com vacinas em atraso, informando aos responsáveis para levarem-na a unidade básica e realizar a atualização.

**Figura 4.** Tela do programa Delta Script (Vacinação)



Fonte: Tela printado do acesso ao programa delta script, 2024.

O disco vacinal, representado pela Figura 5, dispõe das vacinas preconizadas no calendário vacinal por faixa etária em forma de fatias de pizza, formando assim um disco educativo, permitindo que o colaborador da busca ativa vacinal use e veja as vacinas que foram administradas e/ou estão em atraso, sempre comparando as que estão na caderneta de vacina com as apresentadas no disco vacinal por faixa etária.

Num primeiro momento, no horário protegido da Unidade, realizou-se qualificação dos profissionais da saúde, explicando o disco e sua utilização, de forma a facilitar o trabalho durante as visitas domiciliares, no atendimento nos consultórios e no momento do monitoramento da população adstrita. O disco vacinal foi bem aceito por todos, desde o ACS até o profissional médico. Depois disso, foi realizada a formação dos professores da rede municipal, colaboradores da secretaria de assistência social e outros equipamentos sociais, apresentando a caderneta de vacinação da criança e do adulto e as formas de verificar as vacinas aplicadas, usando a identificação da escrita com caneta preta ou azul e as atrasadas com lápis.

A apresentação do disco vacinal, de forma didática, os palestrantes/instrutores solicitaram aos presentes na capacitação que identificassem a vacina e a faixa etária. Na oportunidade, cada colaborador recebeu um exemplar do disco, podendo utilizar na busca ativa vacinal, seja nas visitas domiciliares, como também nos atendimentos realizados na própria secretaria ou durante a matrícula e atualização cadastral das crianças.

Figura 5. Disco Vacinal.



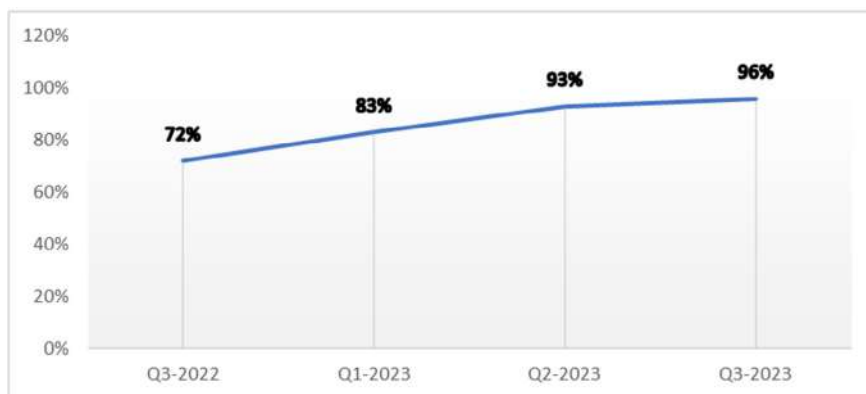
Fonte: Arquivo SEMSA Boa Vista do Ramos, 2024.

Uma vez a cada mês as estratégias de saúde da família ribeirinha se organizam com cronograma de viagem itinerante e através do apoio da secretaria municipal de saúde e prefeitura, se descolam as comunidades previamente informadas pelos ACS que aguarda a equipe de saúde juntamente com a população. Durante esse dia, acontece atendimento médico, de enfermagem e atualização da caderneta vacinal, tanto de crianças como adultos. As ferramentas acima citadas juntamente com a estratégia de levar até as comunidades ribeirinhas as vacinas e assim atualizar a caderneta vacinal, permitiu alcançar as populações que vivem na zona rural do município. A fixação de funcionários nos dois postos de saúde localizados na Região do Lago Preto e Região do Curuçá, que possuem salas de vacinas funcionando e profissionais capacitados, contribuem na

realização da imunização dos que residem nas comunidades cobertas pelas equipes ESFR.

Desse modo, as estratégias apresentadas acima trouxeram como resultado o avanço na cobertura vacinal (CV) do município. Apresentamos os resultados de alguns indicadores: os resultados da cobertura vacinal no Previne Brasil comprovam a eficiência das estratégias implantadas e implementadas, pois no indicador número 5 (Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada), que tem como objetivo mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis mencionadas, através da realização do esquema básico de vacinação de penta e pólio no primeiro ano de vida. O município no Q3-2022 (Quadriênio) apresentou um percentual de 72% das crianças alcançadas com as vacinas obrigatórias no indicador, já no ano de 2023, houve aumento progressivo, onde no resultado do Q1-2023, 83% das crianças vacinadas, no Q2-2023 93% e alcançando no Q3-2023 96%.

**Gráfico 1.** Percentual do indicador 5 (cinco) do Programa Previne Brasil.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

No indicador de impacto do Selo UNICEF, que mede o percentual de Crianças de 1 (um) ano vacinadas com a vacina Tríplice Viral 2ª dose (D2) e Tetra Viral, apresentou resultados em 2022 de 44,8% e em 2023, 94,7%. Boa Vista do Ramos ficou entre os 10 municípios que alcançaram a meta dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2023, com 100% no indicador 4 (quatro), proporção de vacinas selecionadas que compõem o calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente-3º dose, Poliomielite-3º dose, Pneumocócica 10 valente-2º dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral-1º dose) – com coberturas vacinais preconizadas.

Conforme posto anteriormente, o município tem cerca de 50% de sua população vivendo em áreas rurais, sendo muito importante descrever as estratégias utilizadas para a cobertura da população rural, pois é o desafio de todos os municípios do Amazonas. Portanto, o aumento da cobertura não foi somente resultante da demanda passiva para a sede municipal, mas das estratégias utilizadas para acessar as comunidades ribeirinhas e rurais.

## **Considerações Finais**

---

É importante salientar que a imunização é um dos principais meios para reduzir as doenças imunopreveníveis em crianças, adolescentes e adultos, sendo a vacinação uma prática de cuidado relevante, auxilia no combate a epidemias e pandemias. A vacina é o método que tem uma melhor relação custo-benefício, pois, além de prevenir doenças infecciosas, ajuda a reduzir os indicadores de morbimortalidade, diminuindo os custos associados ao adoecimento e à hospitalização. Diante disso, diferentes estratégias integradas e articuladas foram desenvolvidas pelas equipes de saúde para aumentar a cobertura vacinal do município. O uso do monitoramento demonstrou que é possível alcançar os indicadores vacinais.

Conseqüentemente, a utilização das estratégias reforçou a importância da imunização, auxiliando as autoridades de saúde com o cumprimento das vacinas preconizadas pelo PNI.

## Referências

---

- Amazonas. (2019). Câmara Municipal de Boa Vista do Ramos. Moção de parabenização. *Requerimento 557.2019-GDARA*.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2024). Ministério da Saúde. *Caderneta da criança: Menina* (7ª ed.). *caderneta\_crianca\_menina\_passaporte\_cidadania\_7ed.pdf*
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. *Vacinação*. Recuperado em 26 de julho de 2024, de <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>
- IBGE (2024). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados: Boa Vista do Ramos (AM)*. Recuperado em 24 de julho de 2024, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/boa-vista-do-ramos.html>
- Oliveira, T. R. S., Campos, A. C. M., Aguiar, A. C., Sousa, A. R., Santos, A. B. L., Temoteo, A. D., Campos, B. S., Oliveira, E. S., Silva, I. O., Rocha, J. F. O., Souza, K. B., Pereira, L. S. P., Melo, N. S., Silva, N. P., Pereira, S. E. B., & Rodrigues, T. S. (2021). *Vacinas: Cenário histórico e importância como medida essencial no enfrentamento das pandemias*. Belo Horizonte, MG: Synapse Editora.
- Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. (2023). *Informativo Imunização N° 02 de 21 de dezembro de 2023: Análise de cobertura das vacinas de rotina do Estado da Paraíba de janeiro a outubro de 2023*.





# NINGUÉM FICA PARA TRÁS: vacinação extramuros como estratégia para o alcance de metas no município de Eirunepé, AM

Antônio Luiz de Souza Félix  
Ingredd Nathacha Cavalcante Tomaz  
Liliam Rafaelle Souza da Silva

## O início de tudo

---

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil (PNI) é um dos maiores do mundo e foi criado por determinação do Ministério da Saúde (MS), em 1973, sendo um grande avanço para a saúde pública. Ao consolidar a estratégia de vacinação nacional, possibilitou a organização da vacinação e a introdução de novas vacinas, com a adoção de novas estratégias sustentáveis nas campanhas de vacinação (Brasil, 2022).

Tendo em vista o êxito das Campanhas de Vacinação contra a varíola na década de 1960 mostrou que a vacinação em massa tinha o poder de erradicar a doença. A vacinação é uma das medidas mais importantes e eficazes na prevenção de doenças. Além disso, tem se mostrado essencial não somente pelo aumento na proteção individual, mas porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas (Brasil, 2022). No entanto, recentemente segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Mundial da Saúde (2020) alertaram que a taxa de vacinação no Brasil vem sofrendo uma queda brusca, chegando ao seu pior nível em três décadas.

Com tais índices vacinais o Brasil está entre os dez países com menor cobertura vacinal do mundo. Segundo dados do Ministério da Saúde, a média

de cobertura vacinal no Brasil caiu de 97% em 2015, para 75% em 2020, o que preocupa autoridades e especialistas, pois doenças já erradicadas, como a poliomielite, sarampo, meningite, rubéola e a difteria podem voltar à tona (Cofen, 2022). Essa realidade catastrófica se disseminou até nas localidades mais distantes das grandes metrópoles. Como pode se evidenciar no município de Eirunepé, que também apresentou baixos índices de cobertura vacinal, principalmente no público de menor faixa etária.

Os motivos **são diversos**, entre eles está a resistência de grande parte do público-alvo. Isso pode ser explicado quando analisamos o fenômeno das *fake news*, que em conjunto com o decréscimo de investimentos em relação às campanhas de vacinação e à saúde como um todo contribuíram para o compartilhamento em massa de informações falsas, e em decorrência disso, o reaparecimento de doenças imunopreveníveis (Cofen, 2022).

## **A beleza do território ribeirinho camuflando os desafios da vacinação**

---

Quando os olhos se perdem na imensidão do território esplêndido, cintilante pela cor das águas e de suas florestas que dançam com o vento, é fácil entender a beleza de se viver em meio a tanta tranquilidade e calmaria. Um lugar em que pode se viver com a natureza, onde a natureza está viva no cotidiano das pessoas. Os ribeirinhos que vivem na Reserva Extrativista do Rio Gregório, criada em 25 de abril de 2007 através do Decreto Nº 26.586, com uma ampla extensão territorial de 305.268,47km<sup>2</sup>, tem um modo peculiar de vida.

O Rio Gregório é situado no estado do Amazonas, entre a divisa territorial dos municípios de Eirunepé e Ipixuna, quando se tornou RESEX e continuou sendo responsabilidade dos dois municípios. A área eirunepense possui o total de 28 comunidades, totalizando 1.079 famílias e 5.395 pessoas cadastradas (Brasil, 2023).

A Reserva tem como finalidade à proteção dos meios de vida e a cultura da população ribeirinha, assegurando o uso sustentável dos recursos naturais da área. O Decreto No 98.897, de 30 de janeiro de 1990 dispõe sobre as reservas extrativistas, define a mesma como espaços territoriais destinados à exploração autossustentável e conservação dos recursos naturais renováveis, por população extrativista. Esses espaços territoriais protegidos tiveram tanto êxito que em 18 de julho de 2000 foi sancionada a Lei Nº 9.985 que Regulamenta o art. 225, § 1o, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal e institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza. A legislação define a importância como espaço territorial e seus recursos ambientais, incluindo as águas jurisdicionais, com características naturais relevantes, legalmente instituído pelo Poder Público, com objetivos de conservação e limites definidos, sob regime especial de administração, ao qual se aplicam garantias adequadas de proteção.

Os esforços dos entes governamentais em criar legislações para proteger esses territórios nos fazem concluir que os ribeirinhos que vivem nessa região são os protetores da natureza, que zelam e afastam os perigos constantes de exploradores e invasores com intenções maliciosas.

No entanto, as comunidades ribeirinhas, de modo geral, não possuem saneamento básico, sendo que as residências não têm água tratada para consumo e o esgoto é despejado nos quintais através de fossas rudimentares. O fornecimento de energia elétrica é insatisfatório, tendo que usar geradores movidos a gasolina ou diesel é comum. O principal meio de transporte é a canoa movida a motor “rabeta”, também são utilizadas embarcações maiores popularmente conhecidas na região como “recreios”, que fazem o transporte de mercadorias e passageiros (Reis *et al.*, 2020). Esses meios de transporte são usados, que pelo menos uma vez ao mês, pelas famílias quando vão para a cidade para receber seus recursos provenientes de auxílios

governamentais, fazer as compras para consumo familiar e levar seus produtos para a venda no comércio.

Nesse momento de acesso ao centro urbano, a população aproveita para fazer seus acompanhamentos com a equipe de saúde, incluindo a vacinação das crianças. No entanto, nem sempre é possível levar todos os membros da família, principalmente pelo custo da viagem que aumenta a cada integrante, com isso, ainda fica uma grande parte em casa, e é esse público que as equipes de saúde buscam.

Levar a atenção à saúde para essa população ainda tem suas particularidades. Por isso, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, implantada pelo Ministério da Saúde, em 2013, destaca que o acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais. Assim, as responsabilidades e informações são compartilhadas com a população, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade.

Com base nesses requisitos é fundamental a articulação de estratégias para levar os serviços de saúde a esse público, incluindo o desafio na organização para o descolamento da embarcação até as residências. Assim, é importante destacar os principais percursos, desde a saída do barco da sede do município de Eirunepé até sua chegada na foz do Rio Gregório, pois uma viagem tem a duração média de dois dias, percorrendo 255km com curvas sinuosos até chegar em seu destino. Há locais que não é possível acessar as comunidades, especialmente em períodos de estiagem. Nesse momento, os profissionais precisam trocar a embarcação por canoas, até chegar nos caminhos mais complexos com passagens reduzidas em igarapés e lagos. Além disso, acessam caminhos terrestres que aumentam no período da seca e que levam as residências mais distantes e isoladas em busca de seus moradores para levar a vacina.

Pensando nos caminhos que precisavam ser trilhados para alcançar os êxitos que as equipes de saúde buscavam foram definidos os objetivos desejados integrando todo o território de Eirunepé como um grande palco principal:

- Ampliar a cobertura vacinal através de atividades de vacinação extramuros para o alcance de metas na zona urbana e rural no Município de Eirunepé;
- Buscar a participação da comunidade como estratégia para integração entre usuários e equipes, de forma a abranger o maior número do público faltoso/resistente.
- Intensificar as estratégias de busca ativa pela população ribeirinha da reserva do Rio Gregório para ampliação da cobertura vacinal na área ribeirinha.

## **Descrrevendo a experiência exitosa**

---

Trata-se de um relato de experiência no qual descreve as vivências durante atividades de vacinação extramuros realizadas pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipes de Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) tanto na zona urbana quanto na zona rural no município, nas quais foram integradas ações com estratégias unificadas para atingir a maior cobertura vacinal possível dentro do território de Eirunepé.

A Gestão Municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde na tentativa de ampliar a cobertura vacinal reuniu seus principais coordenadores incluindo os responsáveis pela Atenção Primária a Saúde, Programa Nacional de Imunização e enfermeiros das equipes de saúde das equipes de ESF/ESFR. Nessa ocasião foram discutidas as fragilidades e as possibilidades de como melhorar o cenário de baixa procura pela vacinação, instigando os profissionais de saúde a uma chuva de ideias que por fim resultou em uma ousada campanha extramuros que se propagaria

por todo a extensão territorial do município buscando paralelamente tanto os usuários da zona urbana quanto os mais distantes da zona rural.

O planejamento é base de um trabalho coordenado, conciso e com êxito na sua execução. Para isso se faz necessário conhecer o local de atenção da equipe de saúde da família e principalmente os locais de baixa adesão vacinal, seja por motivos culturais, religiosos, falta de educação em saúde ou até mesmo as famosas *fake News* disseminadas diariamente, principalmente sobre esse tema. Dessa forma, as propostas sugeridas na reunião organizada pela Gestão Municipal foram desmembradas em fases:

## **Fase Primária: Levantamento de Dados**

---

Na fase Inicial de levantamento de dados foi realizada a reunião de alinhamento com intuito de promover o levantamento de dados necessários para o desenvolvimento das ações, como verificar os locais onde ocorrem baixa cobertura vacinal para promover acesso aos imunobiológicos, realizando busca ativa dessa população. Além de averiguar:

- Identificação os imunobiológicos disponíveis no PNI.
- Identificação de quais vacinas tiveram baixa adesão nas salas de vacinas da UBS.
- Identificação das áreas com menor cobertura vacinal, definindo também o tipo de imunobiológico que teve baixa adesão naquela localidade.
- Definição da quantidade de doses a serem realizadas mediante diagnóstico situacional da localidade, a fim de contemplar todas as pessoas que ficaram sem imunização por algum motivo.
- Definição do tempo que a ação deveria ter para alcançarmos todas as pessoas que estavam em atraso vacinal sem deixar

de atender os que chegavam até a equipe para atualização de caderneta de vacinação.

Mediante a definição e articulação do planejamento com a equipe de estratégia de saúde da família da área, inicia-se a segunda fase da ação.

## **Fase Secundaria: Organização e Sensibilização**

---

A priori as ações realizadas dentro da zona urbana iniciaram pela mobilização dos profissionais de saúde os quais foram sensibilizados a rever suas formas de trabalho e entender a importância de adequar novas estratégias para o alcance do público mais resistente e faltoso. Inicialmente foi dado como meta para as equipes que participaram das ações, que fizessem um levantamento do quantitativo de pendências vacinais, em busca dos principais gargalos a serem trabalhados.

Em seguida, foi realizado o levantamento das lideranças dos bairros para que juntamente com eles fosse possível fazer uma pesquisa sobre os principais locais que poderiam ser usados como pontos de vacinação, objetivando alcançar o maior público com atraso vacinal. Dessa forma, foram selecionados uma igreja evangélica, uma praça, uma escola municipal, um bar, algumas casas estratégicas de moradores, além de realização de busca ativa casa a casa e a identificação de pontos principais para a abordagem de pedestres.

Por outro lado, as ações da zona rural levaram em consideração a parceria com a Fundação Amazônia Sustentável (FAZ), que já vem acontecendo desde 2022 para intensificar as ações que a equipe de saúde já realiza na zona rural. A SEMSA realizou um planejamento de viagem com os coordenadores elaborado um plano de ações estratégicas para garantir a maior resolutividade da ação e o percurso a ser realizado.

Em relação à cobertura vacinal, foi entregue o levantamento prévio feito pelos ACS da área com os dados do público prioritário de busca e

atualização da caderneta. Assim, a equipe viaja com as informações necessárias. Após a reunião de planejamento, os ACS são informados sobre o roteiro de viagem e já ficam responsáveis por sensibilizar a população e os líderes das comunidades.

## **Fase Terciária: Execução na Zona Urbana**

---

Essa fase realiza a ação propriamente dita, pois, a equipe de saúde da família entra em campo para cumprir o cronograma definido das ações de imunização na zona urbana.

O desenvolvimento das atividades se deu durante 15 dias intercalados, entre os meses de setembro de 2022 e março de 2023. Com vistas a uma abrangência maior de possíveis vacinados, além dos horários já adotados para execução das ações que eram entre 08:00 e 11:00 horas, e das 14:00 às 17:00 horas, foram escolhidos datas e horários alternativos, como finais de semana, extensão de horários além do programado e durante a noite.

**Figura 1.** Ponto de Vacinação na Igreja.



Fonte: Ingredd Tomaz, 2023.



Por se tratar de uma questão que envolve de maneira direta a atuação incisiva e vigilante das Unidades Básicas de Saúde (UBS), as ações desenvolvidas contaram com a participação de três Equipes de ESF compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Após esse movimento integrado entre saúde e comunidade, os profissionais ainda visitaram casa-a-casa levando as vacinas à população mais vulnerável. Com isso, os resultados na zona urbana tiveram um número aproximado de 1500 doses de vacinas aplicadas. Destas, 509 doses foram referentes a Covid-19, 78 (1ª dose), 175 (2ª dose), 227 (1º reforço) e 69 (2º reforço).

Ademais, além da prática de vacinação e atualização das “cadernetas de vacinação”, foi aproveitado a oportunidade para a orientação tanto individual quanto familiar sobre a importância de manter atualizadas as vacinas com ênfase na prevenção de doenças, dessa forma as mães que levavam suas crianças para se vacinar saíram tranquilas e satisfeitas com o trabalho desenvolvido.

Outro ponto que merece ser destacado é a vacinação de pedestres na zona urbana, pois muitos relataram que apresentam dificuldade na procura por vacinação por inúmeros motivos, dos quais cabe destacar: falta de tempo em decorrência do trabalho ou dos estudos, informações inverídicas repassadas através de terceiros, sensação de imunidade quanto as doenças Imunopreveníveis, procrastinação etc.

**Figura 2.** Ponto de Vacinação na Praça.



Fonte: Ingredd Tomaz, 2023.

## **Fase Terciária: Execução na Zona Rural**

---

Além das viagens de rotina para comunidades pontuais, como estratégia a Secretaria Municipal de Saúde promoveu as campanhas unificando os serviços de saúde com a finalidade de levar atendimento clínico e a vacinação para população ribeirinha, priorizando a busca por aquelas pessoas que dificilmente se deslocam até a cidade e não procuram pelos serviços de saúde. Desse modo, a caderneta de vacinação fica desatualizada independente da faixa etária.

Durante a viagem a equipe tem seus pontos de apoio já definidos em comunidades com maior facilidade para o acesso dos moradores das adjacências, onde a embarcação da UBSF faz suas paradas para atendimento coletivo seja em igrejas, campos, escolas ou no próprio barco.

**Figura 3.** Atendimento clínico e a vacinação para população ribeirinha.



Fonte: Antônio Felix, 2024.

Enquanto isso, uma equipe se desloca em botes de pequeno porte, para a busca ativa da população mais isolada, entre eles, residências com idosos, deficientes e aqueles resistentes à vacina. A campanha de vacinação nas comunidades da Resex do Rio Gregório teve o intuito de fortalecer a imunização dos ribeirinhos que vivem em comunidades mais distantes, onde há maior dificuldade de vacinação e no acesso ao serviço devido a logística de chegar até a sede do município.

Dessa forma, não houve recusa dos usuários resistentes em receber a vacinação. Todos que estavam com sua caderneta de vacinação desatualizada foram contemplados com as vacinas. Os resultados foram os seguintes: foram aplicadas 386 doses, em 2022, parando em 09 comunidades e 13 tipos diferentes de vacina; em 2023, foram aplicadas 367 doses, parando em 15 comunidades e 14 tipos diferentes de vacina; em 2024, foram 609 doses, parando em 21 comunidades e 15 tipos diferentes de vacinas.

**Figura 4.** Campanha de vacinação nas comunidades da Resex do Rio Gregório.



Fonte: Fonte: Antônio Felix, 2024.

É válido ressaltarmos que as viagens têm alcance amplo, levando a vacinação por todo território, porém, não é possível parar em todas as comunidades para atendimento coletivo, ou seja, dependendo das condições das águas dos rios, o alcance a maioria das comunidades é feito casa a casa. No período da vazante não há possibilidade de navegação da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), devido ao baixo volume das águas, o que obriga o deslocamento da equipe através de botes e/ou canoas menores que fazem o deslocamento pelos estreitos canais que sobraram dos grandes rios. A ação contempla toda a reserva e tem 100% de aceitação da população ribeirinha.

## **O apoio da população aos guerreiros da saúde**

---

As ações de intensificação de vacinação no modelo Extramuros, das quais relatamos aqui, tiveram grande êxito dentro do território, uma vez que os profissionais saíram das UBS e ocuparam a cidade e a área ribeirinha em pontos estratégicos disseminando informações e combatendo as *fake News*.

Os resultados apontaram que as ações de busca ativa, por terem sido atividades dinâmicas, refletiram significativamente na interação/integração entre as equipes de ESF/eSFR e a população tanto na área urbana quanto e rural. Houve uma excelente adesão à vacinação até mesmo daquele público que outrora recusaram-se a vacinar-se por medo em decorrência de informações falsas, diferentemente daquele modo de atendimento e vacinação estagnado, no qual somente o usuário vai à procura do serviço.

A estratégia utilizada obteve um nível de eficácia relevante, tendo em vista que os resultados alcançados foram satisfatórios, propiciando uma atualização vacinal para moradores mais longínquos, minimizando as vulnerabilidades às doenças imunopreveníveis e fortalecendo a equidade nos serviços de saúde.

Ressaltamos que as metas de vacinação municipal ainda estão aquém do esperado. No entanto, tais atividades resultaram num impacto significativamente positivo, principalmente referente aquele público que não podem se dirigir a uma Unidade de Saúde para receber vacinação, e até aquelas pessoas que há algum tempo não procurou o serviço de Atenção Primária por quaisquer motivos.

## **Superando as expectativas**

---

Podemos concluir em vista dos fatos apresentados que o objetivo da ação fora alcançado, visto que foi atingido com a vacinação e orientações em geral um grande número do público faltoso/resistente e dos ribeirinhos que devido à distância não comparecem nas Unidades de Saúde com um aumento significativo da cobertura vacinal integrando o apoio da população no desenvolvimento das ações e o alcance das metas estabelecidas pelas equipes de saúde. O envolvimento dos profissionais foi primordial para a superação dos números esperados e a devolutiva da população foi o combustível necessário para a vontade de realizar novas ações extramuros.

A experiência demonstrou potencialidades, haja vista que as ações desenvolvidas foram organizadas de maneira prévia e com ampla comunicação com a comunidade, sendo imprescindível a importância da elaboração de estratégias voltadas para a maior aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, a fim de promover a integração entre eles, e com isso alcançar as metas propostas.

## Referências

---

- Amazonas. (2007). *Decreto nº 26.586, de 26 de abril de 2007: Criação da Resex do Rio Gregório*. Recuperado de [https://www.sema.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Decreto\\_26.586\\_Criacao-Resex-do-Rio-Gregorio\\_25.04.2007.pdf](https://www.sema.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Decreto_26.586_Criacao-Resex-do-Rio-Gregorio_25.04.2007.pdf)
- Brasil. (1990). *Decreto nº 98.897, de 30 de janeiro de 1990: Dispõe sobre as Reservas Extrativistas*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/antigos/d98897.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d98897.htm)
- Brasil. (2000). *Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000: Institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza*. Recuperado de [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19985.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19985.htm)
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/pni>
- Brasil. (2024). Ministério da Saúde. *E-gestor Atenção Primária à Saúde*. Recuperado de <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acaoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
- Cofen. (2023). Conselho Federal de Enfermagem. *Taxa de vacinação infantil cai e Brasil volta a patamar de 1987: Queda na imunização das crianças está ligada a diversos fatores, como fake news, e menores verbas para campanhas destinadas ao tema*.
- da Silva Reis, M. H., Portugal, J. K. A., Mariño, J. M., da Silva Barros, W., de Souza Dantas, J., de Souza, T. T. G., & de Freitas, D. L. A. (2020). O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 53, e3631-e3631.
- OMS. (2023). Organização Mundial da Saúde. *OMS e UNICEF alertam para um declínio na vacinação durante a pandemia de Covid-19*. Recuperado de <https://www.inicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/oms-e-inicef-alertam-para-um-declinio-na-vacinacao-durante-a-pandemia-de-covid-19>

# ENTRE RIOS E FLORESTAS: superando os meandros na vacinação em Itamarati, AM

Douglas do Nascimento Mendes  
Liliam Silva  
Luene Silva Cota Fernandes  
Geovane Silva da Silva

*No sul do nosso Amazonas  
banhado com água do rio Juruá  
em meio a morros imensos  
céu claro e floresta de verde sem par  
Imponente e cheia de vida  
cidade querida por todos aqui...  
(hino de Itamarati, AM)*

## Introdução

---

Terra dos Rios de Pedras Pequenas está localizado a sudoeste da capital do estado a 983 km. O município de Itamarati ocupa uma área de 25,260,429 km<sup>2</sup>, com uma população de 10.937 pessoas no último censo de 2022, sendo 0,43 habitantes por quilômetro quadrado em sua densidade demográfica populacional. Na estratificação população urbana e rural, são aproximadamente 3.949 habitantes na zona rural em sua totalidade, desse valor 1.788 são indígenas distribuídos nas etnias Deni (1.264 indígenas), Kanamari (448 indígenas) e Kulina (76 indígenas), e 2.161 habitantes na zona rural não indígena.

Apresenta um clima tropical, com temperaturas elevadas e alta umidade, cujas estações do ano são caracterizadas por dois períodos, muita

chuva e pouca chuva. Seu relevo é formado por terras altas e baixas, de várzeas e terra firme (IBGE, 2024). Itamarati está em uma região do estado de difícil acesso principalmente por estar situado na Calha do Rio Juruá, considerado como um dos mais sinuosos do mundo, cujo leito encontra-se em formação, portanto de difícil navegabilidade, sendo considerado um dos rios mais perigosos (Figura 1)

A economia se baseia na contratação dos moradores pela prefeitura, que prestam serviços na área da saúde, educação, assistência social e demais setores da administração pública. Outra fonte de renda é a agricultura familiar com plantações de feijão da praia, batata doce, jerimum, açaí, melancia, melão, milho, banana da terra, macaxeira e mandioca para a produção da farinha. Esses produtos abastecem o mercado e a feira local, juntamente com o pescado.

**Figura 1.** Imagem aérea do município de Itamarati no Amazonas.



Fonte: Google Maps, 2024.



Na área da educação, Itamarati conta com duas escolas Estaduais e cinco escolas Municipais, que ficam localizadas na zona urbana, atendendo toda sua demanda da educação básica, envolvendo educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, além das 38 escolas municipais que estão presentes na zona rural. O município também conta com um polo do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM), que garante a formação e inserção no mercado de trabalho local para os jovens munícipes.

O município realiza o festival cultural, por meio da Secretaria Municipal da Cultura, que busca manter a tradição das apresentações folclóricas local, realizados no período junino. Nele temos a feira do artesanato, que busca a valorização através da exposição dos trabalhos realizados pelos artesãos da região; torneios de futsal, futebol de campo e vôlei, em parceria com a Secretaria Municipal de Esporte como forma de incentivo ao público infantojuvenil a prática de atividade física, além do combate ao uso de drogas.

Considerado um município de pequeno porte, com ausência de vários serviços assistenciais, muitas vezes, devido o critério populacional que não permite a adesão de vários programas governamentais, sua população tende a percorrer os rios a procura de serviços de saúde que só são encontrados na capital, onde se concentra os serviços de média e alta complexidade no estado.

Sua malha fluvial, além de serem uma das principais fontes de renda e alimentação para a população, são de grande importância para o deslocamento populacional e de mercadorias, viabilizada por embarcações de pequeno e médio porte, transportando cargas e passageiros, da capital Manaus no barco mais veloz. Isso equivale a 144 horas descendo e 360 horas subindo os rios Solimões e Juruá, nas viagens feitas no barco regional Ferry Boat Cidade de Itamarati. Atualmente o único transporte disponível de cargas e passageiros é de barco regional e balsas com rebocadores que fazem esse percurso com o dobro dos dias, para abastecer a sede municipal

de material de construção, alimentos, medicamentos, móveis, vestuários, permitindo a interligação entre a capital e demais municípios que se encontram pelo caminho.

A outra forma de deslocamento, é por meio aéreo, através de companhias particulares, não regulares, que disponibilizam o serviço de táxi aéreo com aeronaves de pequeno porte, com capacidade para 9 a 12 passageiros algumas vezes por semana. Esse transporte se restringe a uma classe populacional seleta com o poder executivo maior que a maioria.

Embora essas particularidades, comuns na maioria dos municípios que estão longe da capital, despertam um olhar inquietante, é necessário lembrar que grande parte dessa população é ribeirinha, ressaltando uma logística complexa e ainda mais diferenciada se considerar o deslocamento dentro do próprio município.

## **O território líquido e a vida ribeirinha**

---

Na ausência de estradas pavimentadas e automóveis como meios de transportes, a região Amazônica tem seus rios como estradas naturais, cujo grau de dificuldades estão representados principalmente pela sinuosidade e pelo regime das águas, que alteram a sua navegabilidade, facilitada no período de cheia e muito dificultada no período de vazante das águas dos rios que tornam essa distância ainda mais longa, favorecendo o aparecimento de pedreiras com maior risco a navegação.

O percurso de uma viagem leva seis dias descendo os rios em sentido a Capital e o dobro de dias subindo para o retorno a Itamarati. Isso mostra o desafio para população a realização desse trajeto e, ao mesmo tempo, a gratidão em contemplar as belezas naturais oferecidas pela fauna e flora nesse longo trajeto em meio a floresta Amazônica. Além da logística difícil para se chegar à capital do estado, uma parte da população começa

sua aventura logística, tentando chegar na sede do município, por meio fluvial com embarcações de pequeno porte. Muitas vezes, as canoas com motores pequenos comportam uma pequena família ou em embarcações, que fazem apenas esse trajeto das comunidades maiores até a zona urbana onde está localizada a área comercial. *A priori* esses deveriam ser os maiores desafios enfrentados pela população de Itamarati, porém, grande parte dela não mora na sede da cidade, mas na área ribeirinha concentrada na zona rural em comunidades afastadas ou em áreas com acesso mais reduzido.

Os ribeirinhos vivem em comunidades, formada por agrupamento de indivíduos, geralmente com laços familiares, compartilhando costumes como hábitos alimentares e uso de produtos naturais. Suas moradias são, na maioria das vezes, de palafitas construídas em madeira na terra ou suspensas no rio conhecidas como flutuantes. Hoje, algumas casas já possuem energia elétrica, telefonia móvel e antenas parabólicas, acesso à internet, porém a maioria não dispõe desses recursos nem de sistema de saneamento básico.

As famílias ribeirinhas comparecem periodicamente na zona urbana do município para vender seus produtos regionais no comércio local, receber benefícios governamentais, comprar seus mantimentos e aproveitam essas oportunidades para ir em busca dos serviços de saúde. Dependendo da distância da comunidade, que pode chegar até a 2 dias de viagem, vem uma ou duas pessoas da família, o que reduz a possibilidade do atendimento a todos os integrantes de uma mesma casa.

Levando todas essas características ambientais, socioeconômicas e culturais em consideração, é evidente a necessidade de estratégias específicas e equitativas da Secretaria Municipal de Saúde para levar os serviços de saúde a essa população de forma igualitária dentro do seu território de abrangência. Atualmente, as equipes de saúde realizam viagens planejadas para conseguir levar os serviços de saúde, incluindo as vacinas para a população ribeirinha.

## Sistema de Saúde e suas particularidades geradas pelo regime das águas

---

O Sistema de Saúde Local é composto, atualmente, de uma Unidade Hospital de média complexidade com 29 leitos; 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo duas Equipes de Estratégia Saúde da Família -ESF e duas com Equipes de Estratégia da Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) com equipes ampliadas para atendimento à população ribeirinha; uma Unidade de atenção à saúde indígena, além de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) (figura 02), que auxilia nas viagens às áreas mais distantes levando os profissionais de saúde, serviços e exames a essa população, incluindo todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI) na busca de ampliar a cobertura vacinal e prevenir principalmente doenças evitáveis no público mais vulnerável que são as crianças, idosos, acamados, portadores de doenças crônicas e deficientes.

**Figura 2.** Unidade Básica de Saúde fluvial do município de Itamarati-AM.



Fonte: Douglas Mendes, 2024.

A assistência à saúde é centralizada na zona urbana do município, com ações esporádicas dos profissionais de saúde nas comunidades com ações planejadas. O acesso dos ribeirinhos à zona urbana costuma ser limitado pelas condições supracitadas, porém, é importante ressaltar que o período das águas também influencia tanto no deslocamento desses municípios para a cidade, assim, como influencia no planejamento das ações da Secretaria Municipal de Saúde para a ida das equipes de saúde até as comunidades.

No período da cheia parte da cidade fica coberta pelas águas, aproximadamente 40% de seu território dependendo da enchente. As comunidades rurais são banhadas por rios, lagos, furos, paranás e igapós, quando eles transbordam ultrapassando o nível adequado da cota de medição das águas no período das cheias, muitas plantações e criações são perdidas e algumas vezes até as moradias dos ribeirinhos ficam alagadas. Por outro lado, esse é o momento mais propício a se chegar nas localidades mais distantes. Com a cheia dos rios, se torna mais fácil para o deslocamento das embarcações, em especial da UBSE, que devido ao seu tamanho necessita de espaço para navegar e ancorar.

No período da vazante, as águas ficam distantes dificultando o acesso dos moradores a margens do rio, tornando-se um grande caminho de terra firme aumentando a dificuldade de deslocamento da população e das equipes de saúde, principalmente por reduzirem os rios e lagos a estreitos caminhos fluviais, que dependendo da seca compromete todo o percurso sendo impossível chegar a determinadas localidades. Outras por sua vez, obriga a embarcação da equipe de saúde a ficar ancorada no Rio principal enquanto os profissionais de saúde seguem pelos canais estreitos em embarcações de apoio (botes), bem menores com capacidade para 6 a 10 pessoas até a margem mais próxima da comunidade para darem continuidade no percurso andando.

Todas essas características geográficas aumentam a distância entre a população e os serviços de saúde, gerando atraso principalmente na vacinação, o que também é levado em consideração na hora do planejamento das viagens pela Gestão Municipal e pelos profissionais de saúde.

## **Superando os Meandros na vacinação de Itamarati**

---

Itamarati conta com aproximadamente 325 famílias ribeirinhas distribuídas nas 47 comunidades existentes no território. A atenção à saúde nessas comunidades conta com duas eSFR; uma Unidade de atenção à saúde indígena nomeado como Polo Base Morada Nova; além de uma UBSF que auxilia nas viagens às áreas mais distantes levando os profissionais de saúde, serviços e exames a essa população.

O município conta com duas UBS na zona rural, sendo a Unidade Manoel Naponuceno Gomes localizada na comunidade Santo Antônio, e a Unidade Maria Canuto De Souza localizada na comunidade Boa Vista. Os atendimentos de saúde em ambas as localidades são feitos de três a quatro vezes durante o mês, com equipe de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e serviços odontológicos sendo de forma esporádica. Essa equipe realiza viagens programadas para atendimento em ambas as unidades de saúde. Vale ressaltar, que em cada comunidade existe um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável para contactar diretamente com a equipe ribeirinha na sede do município caso haja qualquer intercorrência.

A equipe de saúde se desloca através de botes, barcos e na UBSF, para realizar as ações em saúde, principalmente as campanhas de vacinação intensificadas a partir de 2023. Nesse período, em todas as viagens foram preconizadas e reforçadas a importância de levar imunobiológicos para regularização da situação vacinal desse público de difícil acesso ao município. Assim, as campanhas de vacinação são descentralizadas e

realizadas de acordo com a situação vacinal de cada comunidade ribeirinha. Esse acompanhamento é feito através dos relatórios de vacinas registrados no e-SUS APS, onde cada cidadão possui um vínculo em uma das equipes de Atenção Primária à Saúde.

O coordenador municipal do Programa Nacional de Imunização (PNI), juntamente com a coordenação de Atenção Primária à Saúde, realizam o monitoramento da cobertura vacinal de todo território itamaratiense, incluindo todas as comunidades ribeirinhas, divididas em microáreas pelos agentes de saúde dessas localidades. Essa divisão é importante para as coletas de dados da situação vacinal de cada indivíduo, facilitando a localização dos ribeirinhos com pendências na vacinação e a comunidade exata onde vivem. Todas essas informações supracitadas, auxilia na hora de criar o cronograma das ações em vacinação nas comunidades ribeirinhas e indígenas. Vale ressaltar, que essas ações segue as normativas das notas técnicas de vacinação repassada ao município indicadas no calendário vacinal.

As ações em saúde nas comunidades indígenas, incluindo vacinação, são realizadas pela equipe da saúde indígena presente no município de Itamarati, com o apoio da secretaria municipal de saúde. O município disponibiliza insumos, medicações e vacinas, para que as ações em saúde sejam exitosas. Após a realização das ações de vacinação, a equipe da saúde indígena repassa os dados vacinais para a coordenação municipal do PNI, onde a mesma realiza o envio dos dados para o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização – SI-PNI. Assim, o município consegue acompanhar a cobertura vacinal das comunidades indígenas pertencentes ao município.

Devido a obrigatoriedade municipal em ter sempre disponível imunobiológicos para os ribeirinhos, antes de qualquer ação, a Gestão Municipal convoca uma reunião junto ao Coordenador Municipal do Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde, para composição das equipes e planejamento da estratégia vacinal.

As viagens são organizadas para a Região do Alto e Baixo Rio Juruá ao longo do ano, para realização de ações em todas as comunidades pertencentes ao município de Itamarati e para sensibilizar os ribeirinhos a participarem das campanhas de multivacinação, utiliza-se as seguintes estratégias:

Os ACS das comunidades são informados com antecedência sobre as campanhas em suas reuniões mensais realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde por meio da Coordenação da Atenção Primária à Saúde e já iniciam a sensibilização dentro das suas áreas de abrangência nas visitas domiciliares já sensibilizando os comunitários sobre os serviços de saúde e dando ênfase na importância da atualização da caderneta de vacina. Assim como também levam a informação aos líderes comunitários para que eles possam auxiliar na mobilização. Abaixo está o relato do coordenador do PNI municipal, sobre essa organização.

Nossa satisfação é alcançar o máximo de pessoas possíveis em todas as campanhas de multivacinação realizadas por nossa equipe, seja na zona urbana ou rural [...] temos como estratégia o controle cadastral do cidadão, o vínculo por equipe de saúde que essas pessoas fazem parte, parceria com a secretaria de Assistência Social, além dos relatórios mensais de vacinação através do PEC, facilitando a busca ativa através dos Agentes Comunitários de Saúde para vacinação, seguindo as notas técnicas da coordenação estadual do Programa Nacional de Imunização (Geovane Silva, Coordenador Municipal do PNI).

Ao mesmo tempo em que os ACS estão fazendo o tão falado “boca-a-boca” que, nesse caso, se refere a estarem levando a informação casa a casa, a equipe da gestão municipal já aciona outros meios de comunicação, por uso das ondas sonoras da rádio local comunicando a população e fazendo a divulgação sobre a importância da vacinação e informando sobre o roteiro da viagem da equipe de saúde. Em algumas localidades também é possível o uso das mídias sociais em grupos de WhatsApp das comunidades



que possuem acesso à internet. As mídias sociais são confeccionadas pela coordenação da Atenção Primária à Saúde.

O rádio local é nosso principal aliado na comunicação com as comunidades distantes, levando informações de saúde a quem mais precisa [...] hoje contamos com um programa na rádio todas as sextas nomeado Momento Saúde, que é exclusivo para os profissionais de saúde se reunirem e abordarem temas importantíssimos de acordo com as doenças mais frequentes no município [...] facilitando também na divulgação das campanhas de multivacinação e ações em saúde com equipes formada por médico, enfermeiro, dentista e demais profissionais de saúde de acordo com a necessidade daquela determinada comunidade ribeirinha (Geovane Silva, Coordenador municipal do PNI).

O trajeto de navegação também é planejado para alertar os comunitários da campanha. Durante o deslocamento da embarcação a UBSF faz um percurso direto até a última comunidade do município, como forma de comunicar as comunidades que estão passando, sobre os serviços de saúde que estará programada no retorno da Unidade, incluindo a campanha vacinal.

A época de estiagem sempre é nosso grande desafio para realização de ações em saúde nas comunidades ribeirinhas, uma vez que tudo se torna mais distante e o clima fica mais seco [...] o planejamento nesse período deve ser bem articulado principalmente quando se fala sobre os cuidados no armazenamento dos imunobiológicos [...] nas viagens de longa duração, mesmo contando com uma sala de vacina na UBS fluvial, em alguns trechos do rio a equipe de vacinação precisa fazer a operação casa a casa, onde são utilizadas as bobinas de gelo para o armazenamento das vacinas, fazendo a substituição no período de 24 horas por bobinas novas [...] uso do termômetro digital para monitoramento da temperatura da caixa entre 2°C a 8°C, para garantir melhor qualidade dos imunobiológicos (Geovane Silva, Coordenador municipal do PNI).

Desta forma, os moradores ficam atentos para não perderem a passagem da UBSF em sua comunidade. A unidade retorna em atendimentos a todas as comunidades até chegar na sede municipal. Os atendimentos acontecem na UBSF, mas quando a comunidade fica nos lagos ou em locais onde não há passagem para a UBSF, a equipe se desloca em botes para alcançar as famílias mais isoladas. A logística e os locais para ancorar a UBSF depende de como se encontra o rio naquela determinada data.

## Resultado da Estratégia

---

Em 2023, foram realizadas 4 viagens na UBS Fluvial de longa duração em até 11 dias, para atendimento às comunidades do baixo e alto Rio Juruá, e 2 viagens de curta duração em botes até 2 dias com equipe mínima para realização de busca ativa. No total foram aplicadas aproximadamente 564 doses de vacina. No ano de 2024 até o mês julho, já foram realizadas 6 viagens, sendo cinco de curta duração para realização de busca ativa e atualização da caderneta vacinal em até 2 dias em botes, e uma viagem de longa duração totalizando 548 doses aplicadas.

**Figura 3.** Equipe de saúde em ação de vacinação na área ribeirinha.



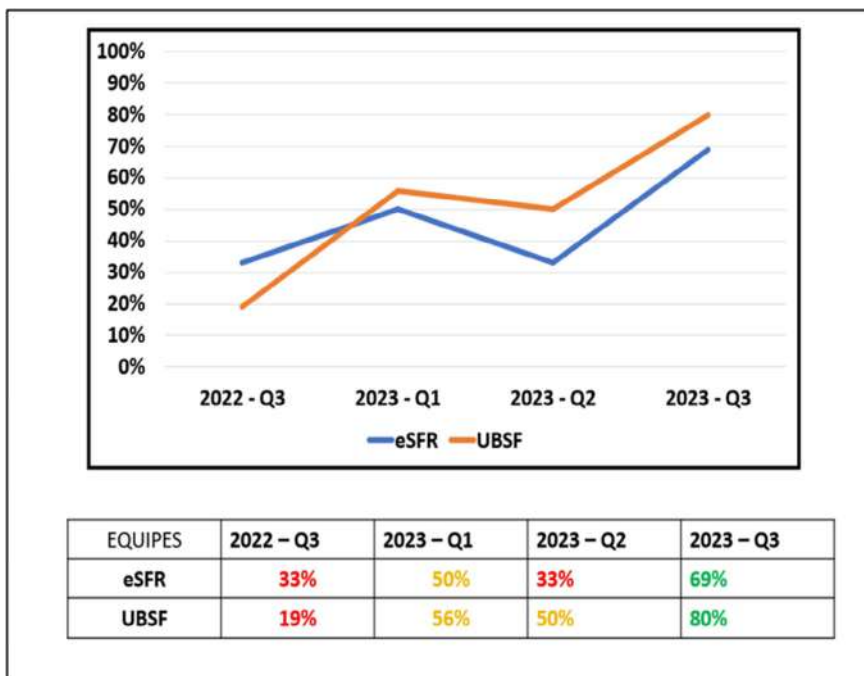
Fonte: Douglas Mendes, 2024.

O Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) identificou que 85% da população cadastrada nas áreas ribeirinhas estão com suas vacinas atualizadas. Isso comprova a eficácia das estratégias direcionadas para zona rural, pois este o gargalo para o alcance de metas do PNI hoje está centrado na população urbana.

Para ilustrar as informações contidas acima, foram usados os dados dos Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde Previne Brasil, o qual esteve em vigência até o mês de abril do ano de 2024. O programa trouxe em seu bojo três componentes distintos para o pagamento da APS e para fins de monitoramento dos resultados municipais dessa experiência, foram utilizados os dados do componente de pagamento por desempenho, onde as equipes de saúde deveriam trabalhar para o alcance das metas de 7 indicadores.

Nesse caso, para demonstração da evolução da cobertura vacinal após as estratégias adotadas em Itamarati, foram retirados os dados correspondentes aos resultados do Indicador nº5, referente a proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada.

**Gráfico 1.** Evolução da cobertura vacinal nas comunidades ribeirinhas, após estratégias aplicadas, Itamarati/AM.



Fonte: <https://sisab.saude.gov.br>, 2023.

No gráfico 1, os dados refletem a evolução do serviço de saúde após a inserção de novas estratégias para ampliação da cobertura vacinal nas comunidades ribeirinhas e o comprometimento da equipe do PNI em conjunto com a equipe da APS na reorganização do processo de trabalho. O planejamento foi realizado de forma coletivamente, com ações estratégicas de sensibilização resultantes no aumento da adesão dos comunitários a vacinação. Embora o município não tenha alcançado a meta estabelecida pelo do Programa Previne Brasil, a evolução demonstrada no cenário do ano de 2022 ao ano de 2023 foi um grande avanço para a gestão, incentivando as equipes a continuarem seguindo a atual forma de trabalho.

## Considerações finais

---

Na região amazônica existem diversas características, que, comparadas a outras regiões do país, podem impactar significativamente nas condições de vida e saúde dos ribeirinhos. No município de Itamarati, essa realidade não é diferente, pois as comunidades se encontram afastadas limitando a interação social e acesso a essas pessoas. Dentre as dificuldades para o acesso à essas comunidades, podemos citar as longas distâncias, dificuldades de transporte, alto custo de deslocamento, precárias condições de saneamento e a dificuldade de comunicação (Diegues *et al.*, 2000; Gama *et al.*, 2018; Sousa, 2009).

Contudo, é dever da gestão municipal elaborar estratégias que possam reduzir esses vazios assistenciais ocasionados pelas dificuldades do território levando os serviços de saúde a toda população independente da distância e da complexidade. É pensando nisso, que os profissionais das equipes de saúde do município de Itamarati enfrentam todos os desafios da zona rural para levar a vacinação aos ribeirinhos, entendendo que as vacinas salvam vidas e asseguram um futuro melhor para toda a população.

Os profissionais de saúde vivem a experiência de sair da rotina agitada de trabalho na cidade, para levar qualidade de vida na calmaria dos rios, contemplando o nascer do sol, subindo e descendo barrancos, apreciando o barulho e o petricor causados pela chuva. Além de tudo isso, existem os perigos sinuosos dos rios, lagos e igarapés, que são os desafios encontrados durante os percursos de cada viagem. Isso nos demonstra quão gratificante é cada dose aplicada e cada cidadão que é encontrado.

A principal finalidade da Gestão Municipal é assegurar a saúde de todos os indivíduos do município de Itamarati, principalmente daqueles com maior índice de vulnerabilidade levando o princípio da equidade como meta central do Sistema Único de Saúde.

A proposta é que a cobertura vacinal em Itamarati continue crescendo, com estratégias que incluem a ampliação do acesso à saúde, especialmente nas áreas ribeirinhas e de difícil acesso. O programa de vacinação prevê aumento das campanhas de conscientização, busca ativa de não-vacinados, e a utilização de tecnologias como aplicativos e mensagens via SMS para engajar a população. O objetivo é proteger a população contra doenças evitáveis, promovendo a saúde pública e garantindo um atendimento eficiente a todos os grupos de risco.

## Referências

---

- Brasil. (2024). Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2024. Estabelecimento de saúde do município: Itamarati. [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS).
- Diegues, A. C., et al. (2000). *Os saberes tradicionais e a biodiversidade no Brasil* (1ª ed.). São Paulo: Probio-MMA.
- Fraxe, T. J. P., Pereira, H. S., & Witkoski, A. C. (2007). *Comunidades ribeirinhas amazônicas: Modos de vida e uso dos recursos naturais*. Manaus: EDUA.
- Gama, A. S. M., et al. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), e00002817.
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sinopse do censo demográfico de 2022*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/itamarati.html>.
- Sousa, I. S. (2009). As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru - AM. *Hygeia (Uberlândia)*, 5, 88-98.

# OS DESAFIOS DA VACINAÇÃO NA REGIÃO SUL DO MUNICÍPIO DE LÁBREA: a potência da promoção do acesso à saúde

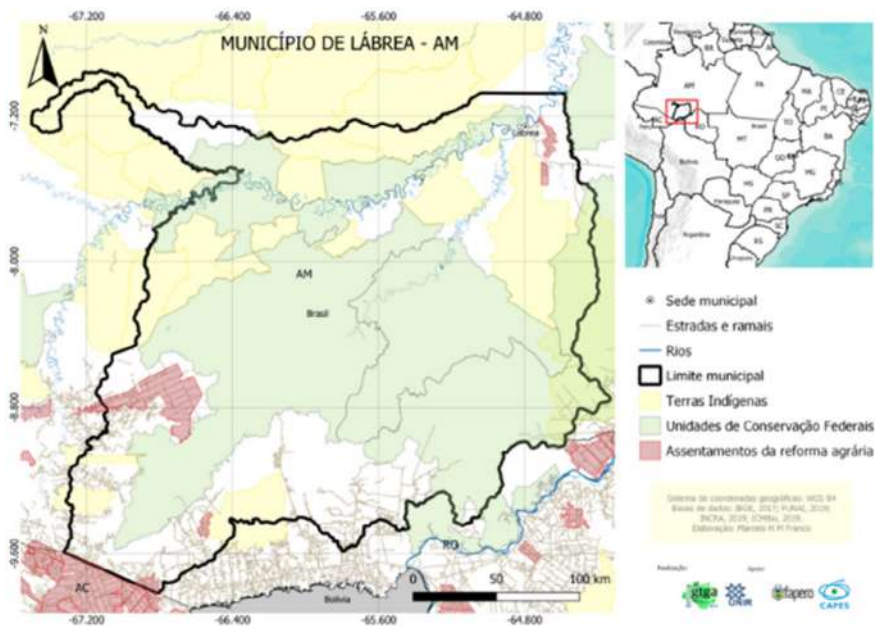
Keyth Ellen Galvão Quintino  
Betânia Lacerda Gomes  
Sônia Maria Lemos

## Introdução

---

Lábrea é um município brasileiro situado no interior do estado do Amazonas, pertencente à Região Norte do país. De acordo com estimativas do IBGE (2021), possuindo uma população de 47.685 habitantes e uma vasta área de 68.229 km<sup>2</sup>. Dentro desse território, destaca-se a região conhecida como Sul de Lábrea, que ocupa aproximadamente 839 km<sup>2</sup> e abriga diversas comunidades de difícil acesso. Localizado às margens do rio Purus, Lábrea tem como uma de suas principais características a integração entre transporte terrestre e fluvial.

**Figura 1.** Localização do município de Lábrea/AM.



Fonte: Costa Silva et al., 2023.

O acesso à região Sul de Lábrea é marcado por desafios logísticos, dado que as vias incluem trechos de estradas de barro e trajetos percorridos pelos rios. Em épocas de cheia, os rios tornam-se o principal meio de transporte, enquanto na seca, as estradas, muitas vezes precárias, passam a ser mais utilizadas. Essa alternância entre o ciclo das águas e o estado das vias terrestres determina as rotas e as estratégias para alcançar as comunidades isoladas, evidenciando a complexidade geográfica e ambiental da região.

Por ser uma área de grande extensão, com logística complexa produz dificuldades para o acesso da população aos serviços de saúde. Em consideração a essa dificuldade, a secretaria municipal de saúde, constituiu uma equipe específica para alcançar a cobertura vacinal e atualização do esquema vacinal, composta por nove profissionais: sendo



um agente de endemias, um apoiador municipal para malária - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), a coordenadora do programa estadual da malária da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS), o chefe do departamento de vigilância ambiental da FVS, dois técnicos de enfermagem (Vacinação), um agente comunitário de saúde (ACS) e a subsecretaria de Saúde.

Por ser uma área de grande extensão territorial e com logística complexa, o acesso da população aos serviços de saúde enfrenta grandes desafios. Para superar essas barreiras e alcançar a cobertura vacinal, bem como a atualização do esquema vacinal, torna-se essencial adotar abordagens que integrem educação popular e estratégias de comunicação em saúde. Essas práticas, conforme descrito no livro *Amazônia Solidária: Educação Popular e Comunicação em Saúde para o Fortalecimento da Vacinação nos Territórios Quilombolas, Migrantes e Ribeirinhos* (Schweickardt *et al.*, 2024), são cruciais para mobilizar populações em contextos desafiadores.

A necessidade dessa ação emergiu de um contexto de baixa cobertura vacinal, refletindo um fenômeno observado em diversas regiões do país após a pandemia de Covid-19. Durante esse período, houve uma significativa redução na procura por vacinas de rotina, tanto devido à sobrecarga do sistema de saúde quanto à hesitação vacinal amplificada pela disseminação de desinformação. A pandemia não apenas destacou as lacunas no acesso à vacinação, mas também intensificou os desafios preexistentes, como a dificuldade em alcançar populações ribeirinhas e comunidades isoladas.

Além disso, a campanha evidenciou a importância de entender os fatores locais que contribuíram para a baixa adesão às vacinas. Entre eles, destacam-se as barreiras de transporte, a necessidade de maior sensibilização da população e as falhas no fluxo contínuo de informação sobre os benefícios da vacinação. Essa mobilização tornou-se, portanto,

uma resposta não apenas aos desafios logísticos, mas também à necessidade de reconstruir a confiança da população na imunização como ferramenta essencial para a saúde coletiva.

Programa Nacional de Imunização (PNI) funciona em prédio próprio, localizado no centro da cidade e é coordenado por um enfermeiro. Disponibiliza para a população 19 vacinas, que constam do calendário nacional de vacinação, das quais 15 para crianças no primeiro e segundo ano de vida, além de outros imunizantes para pessoas em condições clínicas de maior vulnerabilidade às doenças preveníveis por vacinas.

O PNI conta ainda com 05 salas de vacinas nos Centros de Atenção à Saúde e Acolhimento (CASA), 01 sala na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), 01 sala no Hospital Regional de Lábrea (HRL). Em datas estratégicas, são planejadas ações em locais de alto fluxo de pessoas, como a praça central, escolas e feiras, entre outros. São realizadas buscas ativas dos faltosos das unidades, com técnicos de enfermagem e ACS, que se deslocam até as residências e locais de trabalho.

O PNI representa uma das intervenções mais importantes em saúde pública no cenário de saúde brasileiro. As ações de vacinação e vigilância possuem efeito significativo e determinante na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis refletindo diretamente na qualidade e expectativa de vida da população. “Vale ressaltar que o êxito das ações de imunização resulta de uma associação de fatores por parte das instâncias gestoras envolvidas, incluindo aquisição, planejamento, infraestrutura, logística, treinamento e profissionais, que nas diferentes atuações, asseguram imunobiológicos de qualidade” (Brasil, 2024a, s/p).

Os dados da pesquisa ImunizaSUS foram essenciais para identificar os principais desafios à efetividade da política e das ações de imunização no nosso território, investigando e analisando a queda da cobertura vacinal e seus determinantes, com ênfase na hesitação vacinal. A pesquisa também

ajudou a realizar um diagnóstico da situação atual das ações de imunização realizadas no município, identificando quais ações a serem realizadas e com que frequência, como vacinação de rotina, campanhas, busca ativa, treinamento e atualização de profissionais, bem como o registro nos sistemas de informação, monitoramento da cobertura vacinal, entre outras.

## **Desafios e soluções identificados**

---

Quando se fala em problemas e desafios relacionados à ação feita no sul de Lábrea, para levar todas as vacinas do esquema vacinal, a primeira barreira que vem à mente é a logística. É um percurso de 02 dias de viagem somente para chegar até a região, com mais de 800 km percorridos, dos quais metade composto por estradas de barro.

Quando se fala em problemas e desafios relacionados à ação realizada no sul de Lábrea para levar todas as vacinas do esquema vacinal, a primeira barreira que surge é a logística. O percurso tem início na sede do município de Lábrea, localizada às margens do Rio Purus, que serve como ponto de referência central para as ações de saúde. A viagem até a região sul do município dura, em média, dois dias e cobre uma distância superior a 800 km, sendo aproximadamente metade do trajeto composta por estradas de barro em condições precárias.

Na região Amazônica, a vida é mediada pelo ciclo das águas, que alterna cheia e vazante. A dinâmica que se estabelece em cada período desse ciclo define os desafios a serem enfrentados pela população e as aprendizagens pelas equipes de saúde para chegar até ela. O conceito de Território Líquido, proposto por Schweickardt *et al.* (2016), descreve a dinâmica única de regiões onde a geografia e os ciclos naturais, como cheias e vazantes, moldam as interações humanas e as estratégias de acesso aos serviços. Esse conceito ressalta que o território, mais do que um espaço

físico, é uma entidade viva, que pulsa com a cultura, as histórias e os modos de vida de suas comunidades. Ele atua como um mediador entre as ações de saúde e os agentes que as implementam, ajustando-se às peculiaridades do ambiente e às demandas locais. Seja por meio dos rios que conectam comunidades durante as cheias ou das trilhas e estradas na vazante, o Território Líquido reflete uma integração fluida entre o meio ambiente e as práticas de cuidado, destacando a necessidade de estratégias flexíveis para garantir o acesso aos serviços do SUS.

Os desafios também se configuram como oportunidades e promotores de aprendizagens. O conhecimento do território e dos modos de vida nele produzidos trazem para o cenário das equipes um repertório de demandas em saúde, mas também de estratégias de cuidado próprios daquele lugar. As características geográficas e ambientais desse território são determinantes para o acesso da população aos serviços de saúde essenciais, como é o caso da imunização e cobertura vacinal. Dessa forma, uma outra questão está vinculada ao transporte das vacinas nos automóveis e todo monitoramento que deve ser feito para que não haja perda.

**Figura 2.** Equipe aguardando para atravessar área alagada.



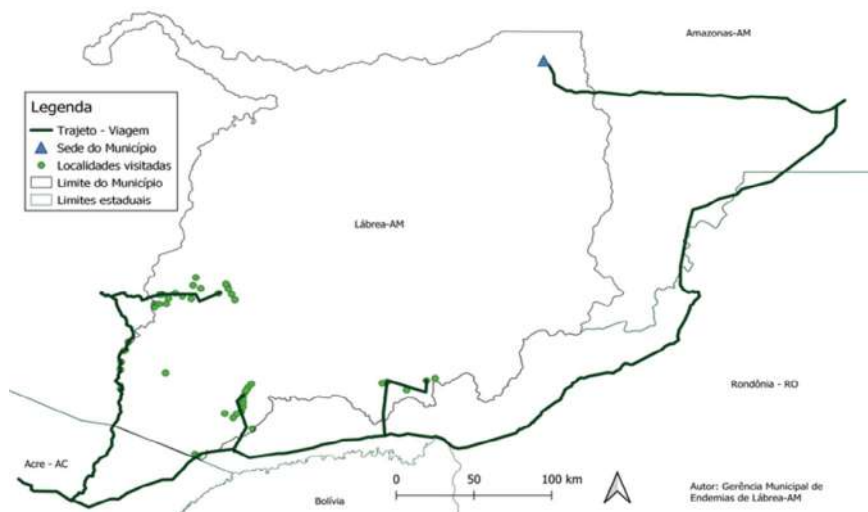
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

Durante o percurso realizado em maio de 2022, diversas vias encontravam-se alagadas e intrafegáveis devido às condições adversas do período. Essa situação exigiu que a equipe enfrentasse trechos extremamente desafiadores, muitas vezes caminhando a pé com a água ultrapassando a altura dos joelhos, para conseguir chegar às comunidades atendidas. Essas dificuldades reforçam o comprometimento dos profissionais envolvidos, que não mediram esforços para levar os serviços de vacinação às áreas mais remotas.

A equipe passou 10 dias em viagem, se hospedando em hotéis, escolas e casas de moradores para ter acessos às três comunidades. Foram percorridos três estados (Amazonas, Rondônia e Acre) para chegar até as comunidades do Sul de Lábrea.

As comunidades contempladas pelos serviços foram Curuquetê, Remansinho e PA Monte. Os desafios territoriais fizeram com que o comprometimento da equipe fosse fundamental, em locais difíceis e remotos, entendendo que cada vacina aplicada representava uma vida salva e promovia a essa população rural o acesso ao sistema de saúde. Quando a equipe de vacinação chegou nas comunidades, os moradores se mobilizaram, avisando em todas as casas, ajudando a equipe a chegar aos locais mais afastados. Houve divulgação boca-a-boca, nos grupos de *WhatsApp* e através dos agentes comunitários de saúde e microscopistas.

**Figura 3.** Percurso para chegar nas comunidades do Sul de Lábrea.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

O envolvimento da comunidade nas ações é uma potência que estabelece um fluxo ágil para a sua realização. Auxilia na sensibilização e mobilização dos moradores para a imunização. A vacinação aconteceu em escolas, espaços compartilhados para a consolidação da vacinação. A escola, este lugar das aprendizagens formais e não formais, dos encontros e das possibilidades também se constituiu no espaço de acolhimento para as ações da imunização. Nos 10 dias foram aplicadas 152 doses de vacinas.

**Figura 4.** Ação de imunização na escola da comunidade.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

É importante destacar que a distância da sede para alguns povoados é de aproximadamente 90 a 100 km da sede do município, como a ação era exclusiva para vacinação, os profissionais tinham horário para sair, mas não para retornar. Dessa forma, o trabalho exigiu, além de dedicação, muita coragem e força de vontade, para vencer os desafios e romper as barreiras para acessar as comunidades e suas gentes. Essas comunidades necessitam de maior atenção, pois é uma população com dificuldades de recursos financeiros, de acesso à saúde e educação, portanto, dependente do SUS. É necessário um olhar humanizado com estratégias e ações de saúde para melhorar as condições de vida e ampliar o repertório de cuidados nesses territórios.

Os esforços da gestão na disponibilização dos recursos necessários e da equipe para a realização das ações de imunização nessas comunidades também é um ponto que merece destaque. Viabilizar uma viagem de 10 dias para uma equipe de 9 profissionais, em um território tão específico, de difícil acesso, demanda um investimento significativo. Porém, a determinação de fazer o SUS chegar em todos os territórios do município impulsiona a realização dessas ações.

As particularidades e desafios do território evidenciam a importância do comprometimento da equipe de saúde, que sempre foi um pilar das ações realizadas na região. Antes dessa mobilização específica, já havia um histórico de atuação da equipe ribeirinha e fluvial, que desempenha um papel fundamental no alcance das comunidades isoladas ao longo do Rio Purus. Essas ações, embora constantes, enfrentavam desafios significativos relacionados à logística e ao acesso, sendo realizadas de forma intermitente devido às limitações de recursos e condições geográficas.

A operação recente, no entanto, reforçou o profissionalismo e reacendeu a determinação da equipe em superar barreiras, demonstrando inovação e criatividade na formulação de estratégias mais abrangentes e eficazes. Além de intensificar os esforços para alcançar a população do Sul de Lábrea, essa ação também foi um momento crucial para fortalecer parcerias com municípios vizinhos e estados fronteiriços, ampliando o impacto das iniciativas de saúde e reafirmando o compromisso de levar o SUS a todos os cantos do território. Assim, embora não seja a primeira vez que ações desse tipo são realizadas, a experiência atual trouxe aprendizados e avanços significativos para melhorar a abordagem e os resultados.

## **Estratégias para aprimoramento das ações de vacinação**

---

A realização das ações nas comunidades ao Sul do município, além de representar momentos de maior conhecimento do território, trouxe aprendizagens e reflexões sobre ações futuras nesse contexto. “O objetivo principal do PNI é de oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, na busca de alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros” (Brasil, 2024B, s/p).



Pensando nisso, uma das estratégias adotadas para melhorar o acesso à imunização a essa população, pode ser organizar um maior número de viagens à região do Sul de Lábrea. Com uma frequência mínima de quatro vezes ao ano, levando todo o esquema vacinal, mas também outros serviços de saúde. Assim será possível favorecer o acesso a um número maior de pessoas, ampliar o território de abrangência e alcançar toda a população do município.

Além disso, é essencial fortalecer as ações de educação em saúde voltadas à imunização nessa região, promovendo a sensibilização da população sobre a importância e os benefícios de manter o esquema vacinal completo e atualizado. Conforme destacado no livro *Amazônia Solidária: Educação Popular e Comunicação em Saúde para o Fortalecimento da Vacinação nos Territórios Quilombolas, Migrantes e Ribeirinhos*, a educação popular em saúde se mostra uma ferramenta poderosa para engajar as comunidades, valorizando seus saberes e promovendo um diálogo ativo que fortaleça a confiança nas ações de imunização (Rede Unida, 2024). Essa abordagem é fundamental para superar barreiras culturais e geográficas, garantindo que as práticas de vacinação sejam compreendidas e incorporadas como parte do cuidado coletivo e da saúde pública.

A Educação Permanente em Saúde é um dispositivo de fundamental importância, pois promove a atualização contínua dos profissionais, garantindo que estejam capacitados e estimulados para realizar atividades com qualidade e eficiência. Essa abordagem não apenas fortalece a execução das ações de saúde, mas também fomenta a construção de estratégias criativas e contextualizadas, ampliando a cobertura vacinal em áreas de difícil acesso.

Além disso, a Educação Popular emerge como um dispositivo igualmente potente, capaz de engajar e sensibilizar a população. Por meio de metodologias participativas, que valorizam os saberes locais e promovem o diálogo, a Educação Popular pode contribuir significativamente para aumentar a adesão às campanhas de vacinação. Ela estabelece uma conexão

mais próxima entre os profissionais de saúde e as comunidades, criando um ambiente de confiança e mobilização coletiva em prol da imunização, especialmente em territórios onde os desafios logísticos e culturais são marcantes. A integração dessas duas abordagens pode potencializar os resultados e fortalecer a saúde pública de forma equitativa e sustentável.

## **Considerações finais**

---

O presente trabalho possibilitou verificar que a vacinação no sul de Lábrea é um grande desafio, porém uma ação de prevenção necessária. Ela tem mantido o controle de doenças em toda a população e cotidianamente se percebe a diminuição na morbidade e na mortalidade causadas pelas doenças infecciosas evitáveis por vacinação.

A ação foi um grande sucesso, trazendo resultados significativos que podem ser aprimorados em futuras iniciativas. Esse êxito foi alcançado apesar dos inúmeros desafios enfrentados, como as realidades distintas que caracterizam a região, incluindo questões culturais, dificuldades de acesso geográfico, limitações na assistência à saúde e falta de informação. Essas particularidades reforçam o papel crucial dos profissionais de saúde e da secretaria municipal na promoção da equidade, um princípio fundamental do SUS.

Os dados coletados antes e depois da ação reforçam claramente o impacto positivo da intervenção. Segundo os registros do sistema de informação municipal, a cobertura vacinal da região Sul de Lábrea antes da ação era de apenas 40%, indicando uma lacuna considerável na imunização. No entanto, após o trabalho intenso da equipe, que resultou na aplicação de 152 doses em apenas 10 dias, a cobertura vacinal aumentou significativamente, alcançando aproximadamente 60%. Esse avanço de 20 pontos percentuais reflete a eficácia das estratégias adotadas e o compromisso da equipe em garantir a proteção da população local.

Analisar as dificuldades e encontrar estratégias para superá-las é um dos desafios que segue presente no território. Fica um alerta de que as dificuldades continuam presentes e requerem criatividade para seu enfrentamento. Para a Secretaria Municipal de Saúde este trabalho exigiu além de muita dedicação, compromisso para enfrentar este desafio. O comprometimento da equipe foi determinante para o sucesso das ações de imunização realizadas nas comunidades, evidenciando a eficácia da busca ativa como estratégia, mesmo em locais de difícil acesso. O compromisso com o SUS e com a promoção do acesso a serviços essenciais impulsionou a equipe a superar as barreiras impostas pela distância e pelas dificuldades logísticas. Essa dedicação possibilitou não apenas alcançar a população das três comunidades atendidas, mas também ativar as potências individuais e coletivas dos profissionais, que buscaram soluções criativas para ampliar a cobertura vacinal e garantir o direito à saúde nos territórios mais remotos.

## Referências

---

- Brasil. (2024a). Programa Nacional de Imunização (PNI). <https://www.santamariadaboavista.pe.gov.br/index.php/cs-de-saude/pni-programa>
- Brasil. (2024b). Programa Nacional de Imunizações – Vacinação. <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacionaldeimunizacoesvacinacao>
- Costa Silva, R., Silva, V., Franco, M., & Pires Negrao, M. (2023). Cidades e rodoviarismo na Amazônia ocidental: análise das dinâmicas territoriais de Lábrea (Amazonas). *Revista de Direito da Cidade*. 15. 10.12957/rdc.2023.77864.
- IBGE. (2024). Censo Brasileiro de 2021: Lábrea-AM. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/labrea/panorama>
- Schweickardt, J.C., Guedes, T. R. O. N., Santos, G. R., Elias, A. E., Cardoso, V., & Freitas, J. B. (2024). Amazônia solidária: Educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos. Editora Rede Unida. <https://editora.redeunida.org.br/project/amazonia-solidaria-educacao-popular-e-comunicacao-em-saude-para-o-fortalecimento-da-vacinacao-nos-territorios-quilombolas-migrantes-e-ribeirinhos/>

Schweickardt, J. C., Lima, R. T. S., Simões, A., Freitas, C. M., & Alves, V. (2016). Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, R. B., Kreutz, J. A., Campos, J. D. P., Culau, F. S., Wottrich, L. A. F., & Kessler, L. L. (Orgs.). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Vol. 1). Rede Unida.

# CAMPANHA DE VACINAÇÃO DO COVID-19 NA SAÚDE INDÍGENA: Município de Manacapuru, AM

Adriana Batalha da Silva  
Aline Aparecida Ferreira Artini  
Michele Monteiro  
Reginaldo da Silva Viana  
Rodrigo da Silva Lopes

## Introdução

---

Iniciar essa escrita ressaltando a importância da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, é um ato nobre. Pois, esse sistema, o nosso SUS, tem beneficiado a população brasileira que busca um padrão de vida mais digno, especialmente no que diz respeito à saúde. Contudo, é um desafio elaborar um sistema de saúde que seja universal e justo em um país como o Brasil, onde as desigualdades sociais são bastante pronunciadas, evidenciando a falta de acesso aos serviços de saúde disponíveis. Apesar dessa dificuldade ser palpável, não é menos complicado transformar essa realidade sem uma política de saúde alicerçada nos princípios de universalidade e equidade, como é o caso do SUS, que se destaca como uma das estratégias mais importantes para a construção de uma sociedade mais justa. Assim, reforçamos a visão de Souza (2009), que afirma que o SUS é essencial, fundamentado em seus princípios jurídicos, para a busca de uma sociedade mais equânime.

Esse relato de experiência desenvolveu-se no contexto de cunho qualitativo e quantitativo em razão das percepções relatadas e descrições específicas de etnias e espaços repletos de desafios enfrentados pelas

equipes multidisciplinares de saúde no contexto da vacinação contra o vírus da Covid-19. O que resultou na resposta da pergunta norteadora, quanto ao alcance de vacinação de indígenas que vivem em espaços de difícil acesso. Elaborou-se um quadro com especificações das aldeias e população de indígenas vacinados, por aldeia. Quanto ao objetivo geral dessa experiência, pode-se afirmar que houve alcance satisfatório de vacinação dessa população, pois, com o alinhamento dos objetivos específicos, foi possível realizar busca ativa dos que estiveram ausentes durante o período do processo de vacinação, e iniciar com uma equipe volante em parceria com o PNI de Manacapuru para realizar a vacinação nas aldeias, além de manter o plano de contingência para as ações de saúde pertencentes ao Polo Indígena de Manacapuru.

## O cenário da experiência

---

O município de Manacapuru está situado à beira do Rio Solimões, a 93 km da capital Manaus, possuindo uma população de 101.883 moradores e uma comunidade indígena de 3.825 pessoas (IBGE, 2022), com cerca de 700 indígenas registrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Os indígenas vivem em comunidades onde recebem assistência de uma equipe de saúde indígena. Essa equipe realiza ações conforme os programas de saúde definidos pelo MS/SESAI e DSEI/Manaus, com o suporte da Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru.

A pandemia do Covid-19 representou um desafio para a equipe de saúde indígena, pois era algo novo e demandava a busca por mais informações e a criação de um plano de contingência. Diante dessa situação, a equipe foi dividida em duas para agir com mais agilidade: uma equipe trabalhou nas aldeias terrestres e a outra nas comunidades acessíveis apenas por território líquido (Martins *et al.*, 2022).

**Figura 1.** Vista da cidade de Manacapuru – AM.



Fonte: [https://amazonia.altervista.org/manacapuru/manacapuru\\_pt.html](https://amazonia.altervista.org/manacapuru/manacapuru_pt.html)

## **Desbravando o território líquido para a prática do cuidado em comunidades indígenas de Manacapuru**

---

Segundo Schweickardt & Moreira (2024), é imprescindível conhecer como os caminhos dos territórios para o desenvolvimento da gestão e do trabalho em saúde. Os autores nos levam a refletir sobre os diferentes modos para chegar até a última comunidade, no último rio, no último lago, sem ignorar a distância e sim, considerá-la para que possam ser cumpridos os caminhos da universalidade, integralidade e equidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores pontuam ainda que apesar do impacto visual que se produz nos viajantes, nesse caso os profissionais de saúde que se aventuram profissionalmente, no leito do rio Manacapuru.

Essa é uma forma de realizar a integralidade do cuidado que segundo Schweickardt e Moreira (2024, p. 131), “se faz no diálogo com outras práticas de cuidado, com o pajé, o rezador, com as parteiras e os curandeiros”. A integralidade “se faz no diálogo entre o natural e o não

natural, entre as demandas do corpo e da alma, dos remédios e das plantas medicinais, das consultas e dos rituais, dos cantos e das danças”. O SUS necessário só se materializará em um modelo de atenção integral, faz-se necessário considerar as precisões de saúde tanto as ações curativas e individuais quanto as ações promocionais e preventivas (Sousa, 2009).

Mesmo nesses territórios longínquos a aceitação da vacina foi um desafio a mais, devido as informações falsas nas redes sociais (Fake News). A desconstrução se deu por meio de muito diálogo e esclarecimento. O que resultou no alcance das metas por parte das equipes de saúde que se desdobrou em conscientizar a população indígena sobre a importância da vacinação, assim, alcançando as metas particularmente da vacina do Covid-19. Essa experiência mostrou que em meio aos cenários sazonais que envolvem essas populações e seus territórios, o profissional de saúde faz parte de um contexto de redes vivas, sendo primordial ter uma visão ampliada, que vá além do indivíduo, considerando os fatores culturais, sociais e ambientais que podem ajudar no movimento da prática do cuidado integral e sustentável a partir do alinhamento dessas redes. Para melhor sustentabilidade dessas Redes Vivas, é essencial conhecer a realidade do território onde o profissional vai trabalhar, envolvendo a comunidade no serviço, com o objetivo de identificar as necessidades que impactam essas pessoas (Merhy *et al.* apud Artini, 2023).

## **A capacitação das equipes de saúde**

---

No ano de 2021, houve uma capacitação de profissionais de saúde do Polo Base de Manacapuru promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru (SEMSA) e Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI Manaus) com finalidade de aprimorar o capital intelectual da equipe, quanto ao manuseio e conservação da vacina. Com o plano de contingência,



a equipe teve que ter um preparo técnico e psicológico, já que as dúvidas e rejeição contra a vacina eram significativas. Após o treinamento das equipes, iniciou-se o trabalho de vacinação, onde as equipes foram divididas em dois grupos: um para transporte terrestre e outro para transporte fluvial, cuja intenção foi dar celeridade ao processo de vacinação nas aldeias a partir dessas modalidades, resultando na vacinação de 80% da população indígena cadastrada no Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI).

Alcançar a meta de 100% é ainda um desafio para a equipe que se desloca até as aldeias. Alguns indígenas por motivos considerados culturais, adentram a floresta e só retornam quando a equipe deixa o local. No que se refere aos agravos, pontua-se que com a aplicação da vacina Covid-19, nos indígenas, não houve nenhum agravo ou nenhuma reação negativa, comprovando a eficácia da vacina. Enfim, durante o processo de vacinação foi possível controlar o quantitativo de novos casos do novo coronavírus na população indígena de Manacapuru.

## **Origem e importância da vacinação**

---

De acordo com o Instituto Tecnológico de Imunobiológicos, Edward Jenner foi o pioneiro na criação da vacina contra a varíola no século XVIII, tornando-se a primeira vacina documentada na história. Ao conduzir experimentos, Jenner demonstrou que ao injetar uma secreção de um indivíduo doente em um indivíduo sadio, este apresentava sintomas menos intensos e se tornava imune à enfermidade, adquirindo imunidade. A vacina foi criada a partir da varíola cowpox, que acometia vacas, ao perceber que os que ordenhavam as vacas também ganhavam imunidade *Variolae vaccinae*, originada do latim e traduzida como varíola da “vaca”, passou a ser usada para se referir a substâncias que estimulam a criação de anticorpos. O sucesso das Campanhas de Vacinação contra a varíola

na década de 1960 evidenciou a eficácia da vacinação em larga escala para eliminar a doença. O último caso registrado de varíola no Brasil ocorreu em 1971, enquanto a última ocorrência global foi reportada em 1977, na Somália. O Brasil se sobressai no cenário global de imunização através do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI) enfatiza que as vacinas têm a função principal de gerar imunidade, sendo essenciais no controle e erradicação de doenças virais e bacterianas. Na região Norte, várias doenças que eram comuns no passado deixaram de representar um problema devido ao surgimento de vacinas. a poliomielite, o sarampo, a rubéola, o tétano, a coqueluche, a tuberculose, a difteria, as hepatites B e A, a gripe e a pneumonia. Ressalta-se que a febre amarela, a meningite e o rotavírus são os mais comuns e devem estar inseridos no plano de prevenção de cuidados em saúde. Nesse contexto, pode-se concluir que cada vírus e bactéria produz um imunizante específico ao qual se dá a importância das vacinas desde o nascimento até a terceira idade, pois os imunobiológicos protegem não apenas a pessoa, mas também a segurança de crianças, adultos e indivíduos que não podem receber vacinas por motivos de saúde, e por meio das pessoas que foram vacinadas e possuem os anticorpos de autodefesa contra doenças que muitas vezes, podem resultar na morte ou em sequelas para o indivíduo afetado.

Ressalta-se que em razão da importância de imunização da população, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI) é o responsável pelo Calendário Nacional de Vacinação, disponibilizado gratuitamente. No Sistema Único de Saúde (SUS) há 48 imunobiológico, sendo: 31 vacinas, 13 soros e 04 imunoglobulinas (incluindo as vacinas do Covid-19). Haja vista que, 20 vacinas protegem o indivíduo em todos os ciclos de vida desde o nascimento, por isso, os pais não podem deixar de levar os filhos para receberem a vacinação, pois elas

são essenciais para manter a criança saudável, prevenindo muitas doenças que podem comprometer o desenvolvimento da criança.

Segundo Maria Isabel de Moraes Pinto, Médica infectologista

Os imunizantes agem no sistema imunológico, estimulando a produção de anticorpos e de células de defesa contra doenças específicas. Ao nascer, os bebês precisam ser estimulados a produzir defesas contra os microrganismos que estão no meio ambiente, para que não fiquem suscetíveis a contrair doenças que podem apresentar riscos, além de chances de complicações dessas condições, algumas gravíssimas e outras até fatais.

A vacina é uma importante forma de imunização ativa (quando o próprio corpo produz os anticorpos) e baseia-se na introdução do agente causador da doença (atenuado ou inativado) ou substâncias que esses agentes produzem no corpo de uma pessoa de modo a estimular a produção de anticorpos e células de memória pelo sistema imunológico. Por causa da produção de anticorpos e células de memória, a vacina garante que, quando o agente causador da doença infecta o corpo dessa pessoa, ela já esteja preparada para responder de maneira rápida, antes mesmo do surgimento dos sintomas da doença” (Lab.Exame).

Sendo assim, enfatizamos que a vacina é uma importante forma de prevenção contra doenças e que precisa tanto da colaboração profissional, quanto da colaboração familiar e da comunidade para que o objetivo seja alcançado.

## **Realidade da vacinação na saúde indígena em Manacapuru**

---

O Polo Base da Saúde Indígena de Manacapuru tem uma equipe completa com profissionais vacinadores com conhecimentos profundos sobre o manejo do imunobiológico até o aprazamento com inserção das doses no Sistema. Destaca-se que os profissionais são competentes e atualizados na área

da imunização e têm todos os requisitos necessários para executar os serviços apresentados. Com isso, a equipe de saúde realiza todos os meses ações de saúde em 11 aldeias cadastradas nas áreas rurais e para estes atendimentos são levadas as vacinas para as crianças e adultos, quando necessário.

É válido ressaltar que diante da realidade rural, onde a presença da população indígena é bastante palpável, encontramos desafios para o alcance das metas referentes aos atendimentos vacinação, especialmente nas ausências dos indígenas nas aldeias, dificultando a realização da vacinação nas crianças. Esse cenário recorrente tende a comprometer a condição dos imunizantes, pois, o polo Indígena de Manacapuru não tem uma Central de frios onde possa armazenar os imunobiológicos. Assim, nos dias programados para a realização da ação vacinal, a equipe se desloca ao PNI do município para solicitar as vacinas que serão utilizadas nas aldeias. Após a ação do dia, as doses que sobram são devolvidas ao PNI, e, caso haja quantitativo de crianças insuficientes, faz-se necessário um planejamento estratégico de busca ativa das crianças das aldeias.

Dessa forma, em meio aos cenários desafiadores, se fortalece a ideia de que a vacina é necessária e salva vidas. Vale ressaltar que, mesmo com todas as dificuldades, a equipe exerceu e exerce seu ofício de forma contínua vacinando todas as crianças cadastradas no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), seja por via terrestre ou em trajeto fluvial. As equipes, apesar das barreiras de acesso, buscam levar uma saúde diferenciada às aldeias, concluindo cada mês com expectativa de alcançar uma meta de 100% de crianças vacinadas. Portanto, a população indígena ser vacinada significa respeito e direitos garantidos, que contribuem com a sustentabilidade da imunidade dos povos originários, preservando suas culturas.

O compromisso dos profissionais de saúde tem valorizado o ato de vacinar, pois, é um dos meios de prevenção contra doenças que poderiam causar perdas irreparáveis nessa população. Contudo as vacinas - Hepatite

A e B; - Penta (DTP/Hib/Hep B); - Pneumocócica 10 valente; - VIP (Vacina Inativada Poliomielite); - VOP (Vacina Oral Poliomielite); - VRH (Vacina Rotavírus Humano); - Meningocócica C (conjugada); - Febre amarela; - Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba); - Tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba, varicela); - DTP (tríplice bacteriana); - BCG; - HPV quadrivalente (papilomavírus humano); e Influenza; - Covid-19, têm sido ofertada no Polo Indígena de Manacapuru, territórios de difícil acesso.

**Quadro 1.** Aldeias de acesso por via terrestre - carro Triton l200.

ALDEIA	ETNIA	POPULAÇÃO	VACINADOS CONTRA CODIV-10
GUIRIBÉ	Apurinã	67	66
KATXIPIRI	Apurinã	37	36
TSURÁ	Apurinã	40	37
ROSA VERMELHA	Arara	17	16
SAHÚ-APÉ	Saterê-Mawé	40	40
TURURUKARI-UKA	Kambeba	43	40
PAJURÁ MANIQUARA	Kokama	13	13
IG. DO ESPÍRITO SANTO	Ticuna	18	18
<b>ALDEIAS DE ACESSO POR VIA TERRESTRE - LANCHAS + MOTOR 50HP</b>			
JATUARANA	Apurinã	40	40
FORTALEZA	Apurinã	37	37
PATAUÁ	Ticuna	59	59

Fonte: elaborado pela equipe DSEI – Manaus, 2021.

O Polo Indígena de Manacapuru é composto por 10 aldeias, sete tem acesso por via terrestre e três por via fluvial. A Equipe de enfermagem composta por dois enfermeiros e seis técnicos, foi capacitada para realizar as campanhas de vacinações e as capacitações foram efetivadas pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI e DSEI/MAO) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru – SEMSA, sendo 04 (quatro) realizadas pelo PNI/

SEMSA do município DSEI Manaus e 02 (duas) realizadas virtualmente pela SESAI e DSEI Manaus (quadro 1).

**Figura 2 a 5.** Visita das equipes de vacinação nas comunidades de Manacapuru - AM.



Fonte: arquivo da equipe de saúde, 2020 /2021.

Quanto ao direito à saúde, a declaração das Nações Unidas menciona que “os povos indígenas têm o direito de participar ativamente no desenvolvimento e na definição dos programas de saúde” e que “têm direito a seus medicamentos tradicionais e ao seu zelo”. Além disso, reconhece a relevância de “suas práticas de saúde, que incluem a preservação de plantas, animais e minerais que possuem importância medicinal fundamental” (ONU, 2007, p. 13).

As responsabilidades que surgem dessas normas internacionais buscam garantir o princípio da autodeterminação dos povos indígenas, que é entendido como um princípio do direito internacional consuetudinário com status de *jus cogens*. Isso significa que se trata de uma norma obrigatória,

não mais restrita à autonomia e à soberania territorial dos Estados, mas um direito que pertence a todos os povos, abrangendo não apenas os povos indígenas, mas também outras comunidades tradicionais e minorias étnicas ao redor do mundo (Anaya, 2005, p. 136). Um dos direitos dessa população, é combater a invisibilidade a partir dos sistemas de informação

## **O SIASI e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas**

---

O Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI) integra o subsistema de Saúde Indígena desde 1999, que tem como finalidade aprimorar a disponibilidade e o acesso a informações essenciais sobre saúde, fundamentais para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Isso inclui a coleta, processamento e análise de dados, bem como o monitoramento do estado de saúde das comunidades indígenas. O SIASI envolve aspectos como mortalidade, natalidade, morbidade, vacinação, oferta de serviços, recursos humanos e infraestrutura.

É importante destacar que, antes do SIASI, até 1999, as informações relacionadas à saúde dos povos indígenas estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). De um modo geral, os registros vitais, especialmente referentes a nascimentos e falecimentos, eram feitos nas aldeias, mas não havia um sistema de consolidação, análise ou divulgação adequada. Essa necessidade evidenciou a importância do SIASI, considerando os aspectos de sua criação, implementação, operação, potencialidades e limitações.

O SIASI é organizado em oito módulos, dos quais três são funcionais. As principais restrições enfrentadas pelo SIASI estão ligadas aos métodos de coleta, à capacitação de recursos humanos, à falta de conexão com outros sistemas nacionais de informações em saúde, às dificuldades de acesso aos dados e à subutilização dessas informações para o planejamento

de ações. Por outro lado, os pontos positivos incluem a simplicidade do sistema, sua abrangência e as oportunidades de compartilhamento. Vale ressaltar a relevância desse sistema de informação em saúde voltado para os povos indígenas, resultando no fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI, 2002), voltada também para as particularidades socioeconômicas e demográficas dessa população.

A PNASPI tem como objetivo garantir saúde aos povos indígenas de forma integral e diferenciada. A PNASPI reconhece a eficácia das medicinas indígenas e o direito dos povos indígenas as suas culturas e recomenda aos serviços do SUS atuarem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas de saúde.

**Figura 6.** Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.



## Conclusão

---

A experiência trouxe a reflexão de que os gestores e profissionais de saúde são agentes importantes que precisam saber desenvolver e executar estratégias consistentes com os princípios da universalidade e da equidade. O planejamento e engajamento das equipes nas ações programáticas de vacinação, alinhados as ações preventivas e conferências educativas, facilitaram o processo de imunização nos territórios da população indígena de Manacapuru. Em meio aos cenários sanitários catastróficos produzidos pela pandemia, no período de 2020 a 2021, ficou evidente que a vacina contra o Covid 19 se mostrou eficaz e fundamental para a preservação de vidas, particularmente dos indígenas.

## Referências

---

- Anaya, J. (2005). *Los pueblos indígenas en el derecho internacional*. Trotta. Recuperado de <https://www.trotta.es/libros/los-pueblos-indigenas-en-el-derecho-internacional/9788481646917/>
- Artini, A. A. F. (2023). *Redes Vivas: O processo de trabalho de um agente indígena na Atenção Primária à Saúde em Manaus – Amazonas* (Dissertação de mestrado, PPGVIDA, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Leônidas e Maria Deane). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/61876>
- ONU. Organização das Nações Unidas. (n.d.). *Carta das Nações Unidas*. p. 13. Recuperado de <https://www.oas.org/dil/port/1945%20Carta%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas.pdf>
- Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. S. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. *Interface (Botucatu)*, 26, e210361. <https://doi.org/10.1590/interface.210361>
- Brasi. (2024). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Recuperado de [https://observaindigena.unb.br/?page\\_id=26](https://observaindigena.unb.br/?page_id=26)
- Schweickardt, J. C., & Moreira, M. A. (2024). Atenção básica no território líquido da Amazônia: gestão e trabalho no cuidado à saúde das populações ribeirinhas. In H. Kujawa, F. V. Machado, & R. S. Pinto (Orgs.), *Participação social em saúde e Covid-19: análises de contextos e a atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil* (pp. 129-154). Editora Rede Unida.

- Souza, L. E. P. F. de. (2009). O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 911-918. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>
- Sousa, M. da C. de., Scatena, J. H. G., & Santos, R. V. (2007). O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Caderno de Saúde Pública*, 23(4), 853-861. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>
- Sartori, D., & Leivas, P. G. C. (2017). O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. *Revista Direito e Práxis*, 8(1), 86-117. <https://doi.org/10.12957/dep.2017.22581>

# A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 EM MANAUS: um aspecto tecnológico

Rogério Luiz Araújo Carminé  
Nazivaldo Caciocley Camelo Correa  
Saymon Erickson da Silva Souza  
João Carlos Silva de Oliveira  
Fabiola Mendonça da Silva Chui  
Mário Sérgio Scaramuzzini Torres  
Isabel Cristina Hernandez

## Introdução

---

Em 2019, surgiu em Wuhan, China, uma nova doença respiratória causada pelo SARS-CoV-2, que rapidamente se espalhou e tornou-se uma preocupação global. A alta transmissibilidade do vírus resultou em um aumento alarmante de casos e mortes, com autoridades buscando formas de contenção e mitigação. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente a pandemia de Covid-19, iniciando uma das maiores crises de saúde pública da era moderna. Essa crise trouxe consequências profundas e duradouras, impactando aspectos econômicos, sociais e de saúde em escala global (Mallah *et al.*, 2021).

A pandemia de Covid-19 impactou o mundo de forma abrangente, atingindo sistemas de saúde, economias e a estrutura social. O SARS-CoV-2 revelou vulnerabilidades nos sistemas de saúde e expôs falhas na resposta a emergências sanitárias. As medidas de contenção causaram recessões, fechamento de negócios, desemprego e aumentaram a desigualdade social. A sociedade enfrentou mudanças nas interações e impactos psicológicos, como ansiedade e depressão. As respostas dos governos variaram, refletindo suas capacidades econômicas e de

infraestrutura, e em muitos lugares a crise intensificou fragilidades e trouxe novos desafios aos sistemas de saúde.

Para conter a disseminação do vírus, governos ao redor do mundo adotaram diversas medidas, desde lockdowns rigorosos e fechamento de fronteiras até distanciamento social e uso de máscaras. Em países como Nova Zelândia e Austrália, as restrições severas às viagens e o distanciamento social controlaram efetivamente o vírus, mostrando que uma abordagem firme pode ser eficaz (Baker *et al.*, 2020). Em contraste, Estados Unidos e Brasil, com políticas mais flexíveis e inconsistentes, enfrentaram surtos severos, sobrecarga nos sistemas de saúde e altas taxas de mortalidade, destacando os riscos de políticas inadequadas (Gonsalves & Yamey, 2020; Barberia & Gómez, 2020).

Na Europa, os países adotaram estratégias variadas, de lockdowns completos a políticas de distanciamento menos rígidas. A Alemanha foi elogiada inicialmente por seu sistema eficiente de testes, rastreamento e isolamento, controlando a primeira onda da Covid-19, mas enfrentou dificuldades na segunda onda, mostrando que até sistemas fortes podem se esgotar em crises prolongadas (Kuhlmann & Hellström, 2021). A Itália, primeiro epicentro europeu, sofreu com falta de preparação e resposta tardia, resultando em hospitais lotados e alto número de mortes, servindo de alerta sobre a importância de uma reação rápida em crises sanitárias (Armocida *et al.*, 2020).

## **Desafios Enfrentados pelos Sistemas de Saúde no Brasil e em Manaus**

---

O sistema de saúde brasileiro enfrenta uma série de desafios que comprometem a qualidade e a eficácia dos serviços prestados à população. Um dos principais obstáculos é a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) ser universal,

as disparidades regionais e socioeconômicas resultam em diferenças significativas na qualidade dos serviços disponíveis entre as regiões mais ricas e mais pobres do país. Regiões como o Norte e o Nordeste enfrentam desafios particularmente graves, como a falta de infraestrutura adequada, escassez de profissionais de saúde e dificuldades logísticas para atender populações dispersas geograficamente (Travassos & Castro, 2022).

Outro desafio crítico é o subfinanciamento crônico do sistema de saúde. O Brasil gasta uma parcela relativamente pequena do seu PIB em saúde pública em comparação com outros países com sistemas de saúde universais, o que resulta em recursos limitados para a manutenção e melhoria dos serviços (Mendes & Marques, 2023). Esse subfinanciamento é agravado por questões de gestão ineficaz, corrupção e má alocação de recursos, que dificultam ainda mais a capacidade do SUS de atender de forma eficiente e abrangente a população (Dantas *et al.*, 2021).

Além disso, a fragmentação dos serviços de saúde, com múltiplas esferas de governo e níveis de cuidado (primário, secundário e terciário), muitas vezes resulta em falta de coordenação e continuidade do cuidado. Isso pode levar a problemas como a duplicação de serviços, falhas na comunicação entre os diferentes níveis de atendimento e a sobrecarga dos serviços de emergência (Giovannella *et al.*, 2022).

A pandemia de Covid-19 evidenciou e amplificou muitos desses desafios, destacando a necessidade urgente de reformas no sistema de saúde brasileiro. A pressão adicional sobre o sistema, devido à alta demanda por cuidados intensivos e a necessidade de campanhas de vacinação em massa, expôs as fraquezas na infraestrutura de saúde e na capacidade de resposta do país (Castro *et al.*, 2021).

Manaus, uma das cidades mais impactadas pela pandemia de Covid-19 no Brasil, registrou 313.542 casos e 9.906 óbitos até 2022 (Brasil, 2022). Sua localização remota e infraestrutura precária intensificaram

os desafios do sistema de saúde, que enfrentou falta de leitos de UTI, ventiladores e oxigênio (Sabino *et al.*, 2021). A crise de oxigênio em janeiro de 2021, marcada por mortes devido à escassez, foi atribuída a falhas no planejamento e na logística, além da resposta inadequada das autoridades (Barletta, 2021; Figueiredo *et al.*, 2021). A disseminação da variante Gamma agravou a situação, sobrecarregando hospitais e evidenciando a desigualdade no acesso a recursos (Naveca *et al.*, 2021).

A crise expôs a necessidade de estratégias mais robustas em saúde pública, incluindo vigilância epidemiológica eficaz e reforço da infraestrutura em áreas remotas. A vacinação contra o SARS-CoV-2 enfrentou dificuldades devido à ausência de sistemas nacionais eficientes, levando à criação de plataformas alinhadas ao Programa Nacional de Imunização (PNI) para melhorar a transparência e a gestão dos dados. Segundo o projeto ImunizaSUS, investir em ferramentas digitais é essencial para aprimorar a cobertura vacinal, como em países europeus que alcançam taxas superiores a 95% (Conasems, 2023).

Alinhado a esse direcionamento, na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), foi desenvolvido e implementado o Sistema Municipal de Vacinação contra a Covid-19 (SMV), que permite o registro das doses aplicadas em tempo real, controle dos recursos envolvidos no processo, emissão do certificado municipal, integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), além de geração de informação para gerenciamento e transparência. Desde sua aplicação em 2020, tem sido uma ferramenta indispensável para os gestores e técnicos em saúde da secretaria na gestão da crise, pois considera as características e necessidades locais, complementando os sistemas de informação existentes, como uma das formas de contribuir para o alcance da cobertura vacinal.

## A Crise da Covid-19 em Manaus: Uma Análise das Implicações Sanitárias e Sociais

---

Durante o período de confinamento, Manaus enfrentou uma crise sem precedentes. Nos primeiros meses de 2021, o número de mortes causadas pela Covid-19 ultrapassou significativamente o total registrado no ano anterior, com mais de quatro mil vidas perdidas apenas neste ano. A escassez de oxigênio, a falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a chegada de uma nova variante do vírus, mais contagiosa, intensificaram a situação crítica dos hospitais da cidade. A tragédia em Manaus, amplamente exposta na mídia nacional, revelou falhas graves na coordenação e execução de políticas públicas, exacerbadas pela falta de insumos e pela resposta tardia das autoridades competentes.

A crise do oxigênio em Manaus revelou o caos enfrentado por profissionais de saúde e a população, com relatos de mortes por asfixia e famílias buscando cilindros por conta própria. Apesar de alertado em 8 de janeiro de 2021, o Ministério da Saúde respondeu de forma insuficiente, levando à transferência de usuários e à importação emergencial de oxigênio. A sociedade civil, incluindo doações da Venezuela, mobilizou-se para ajudar, mas janeiro registrou 1.654 mortes no Amazonas, superando os óbitos acumulados entre abril e dezembro de 2020, totalizando mais de 7 mil mortes até o fim do mês (Barletta, 2021; Naveca *et al.*, 2021).

Essa crise expôs desigualdades socioeconômicas e sanitárias, agravadas pela precariedade habitacional de mais de 50% dos moradores de Manaus e pela má distribuição de recursos no interior. A disseminação da variante Gamma, presente em 91% das amostras de janeiro de 2021, destacou a urgência de investimentos em vigilância genômica e infraestrutura (Naveca *et al.*, 2021). Manaus serve como alerta para políticas públicas mais equitativas e integradas, com foco em tecnologia, capacitação

e modernização do sistema de saúde, promovendo resiliência e eficiência para enfrentar crises futuras (Conasems, 2023).

## **Desafios Tecnológicos dos Sistemas de Informação de apoio Imunização no Brasil**

---

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil implementou um sistema informatizado para registrar dados de vacinação, visando organizar informações sobre doses administradas e locais de aplicação. Esse sistema tornou-se fundamental para a gestão das campanhas de imunização no país, padronizando dados conforme critérios como horário, faixa etária e tipo de vacina. No entanto, com o tempo, surgiram preocupações sobre sua eficácia, levando a uma avaliação que identificou limitações na transferência segura de dados, na proteção da informação e no armazenamento eficiente. Essas questões foram destacadas por Silva *et al.* (2020), que enfatizaram a necessidade de aprimorar os sistemas de informação em saúde no Brasil.

A avaliação também revelou desafios na rastreabilidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a importância de dados precisos e atualizados. Em 2012, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o Plano de Ação Global para Vacinas (GVAP), que enfatizou o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde como prioridade para alcançar uma cobertura vacinal mais eficaz. No contexto das Américas, o GVAP destacou que, apesar dos avanços, o fortalecimento dos sistemas de informação permanecia um desafio significativo. O plano recomendou a adoção de novas tecnologias da informação e investimentos contínuos em recursos financeiros e humanos para garantir a qualidade dos processos de coleta, gerenciamento e análise de dados. Essas recomendações foram reforçadas por MacDonald *et al.* (2020), que analisaram as lições aprendidas com o GVAP.

Para superar as limitações do sistema anterior, foi desenvolvido o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI),



uma plataforma mais avançada tecnologicamente. Recomendou-se que todos os municípios brasileiros migrassem seus registros de vacinação para essa plataforma centralizada, visando melhorar a qualidade dos dados e permitir um acompanhamento mais preciso da situação vacinal dos usuários do SUS. No entanto, a adesão ao SI-PNI foi desigual entre os municípios, resultando em falta de padronização dos dados e dificultando a integração dos sistemas municipais de informação.

Atualmente, o principal obstáculo na informatização dos dados de vacinação é a dificuldade na transmissão eficiente desses dados para a base nacional. Além disso, há demora no processamento dos dados pelo DATASUS, comprometendo a tempestividade das informações para a tomada de decisões em saúde pública. A incompatibilidade de versões entre o SI-PNI e os sistemas próprios de alguns municípios resulta em fragmentação dos dados, dificultando a criação de um panorama completo da cobertura vacinal no país. Esses desafios foram evidenciados durante a pandemia de Covid-19, quando a região norte do Brasil foi severamente impactada, destacando a necessidade de intervenções rápidas para garantir o acesso adequado às vacinas e serviços de saúde essenciais.

Durante a pandemia, o processo de vacinação contra a Covid-19 enfrentou desafios como dificuldades logísticas, incertezas sobre a disponibilidade de vacinas e falta de informação precisa para a população e gestores de saúde. A ausência de ferramentas eficazes para registrar as doses aplicadas e controlar insumos vacinais e recursos humanos levou à necessidade de desenvolver soluções municipais para preencher essas lacunas. Essas soluções visavam gerar informações necessárias para uma gestão adequada da cobertura vacinal, contribuindo para o controle da pandemia e proteção da saúde pública.

Os sistemas de informação em saúde em Manaus desempenham papel vital na coleta, armazenamento e análise de grandes volumes de

dados, especialmente devido aos desafios logísticos e ao acesso a áreas remotas. A capacidade de monitoramento contínuo oferecida por esses sistemas é essencial para respostas rápidas a surtos epidemiológicos e para o planejamento de campanhas de vacinação, garantindo o uso eficiente dos recursos e a proteção da população.

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 trouxe avanços para Manaus, focando na integração dos sistemas de informação e na segurança dos dados. Essa estratégia é relevante para a cidade, proporcionando uma gestão mais eficiente dos desafios específicos da região amazônica, como a resposta a crises sanitárias e o planejamento de longo prazo para a saúde pública. Esses avanços contribuem para o fortalecimento contínuo da infraestrutura de saúde em Manaus, promovendo maior capacidade de resposta às necessidades de saúde da população local (BRASIL, 2024).

## **Estratégias de vacinação para otimizar a cobertura vacinal**

As estratégias de vacinação implementadas pela SEMSA na cidade de Manaus foram cuidadosamente elaboradas com base nas diretrizes estabelecidas pelo PNI. Tais estratégias foram meticulosamente organizadas para atender às necessidades dos grupos prioritários, levando em consideração a disponibilidade de vacinas em cada fase da campanha. Para garantir a eficiência e a abrangência das ações, a SEMSA firmou parcerias estratégicas com diversas universidades, tanto públicas quanto privadas, além de contar com o apoio de instituições renomadas, como a Fundação de Vigilância em Saúde Dra Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP/AM), a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), e o Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). A fim de evitar aglomerações e assegurar um fluxo organizado nos postos de vacinação,

a SEMSA adotou um cronograma de convocação da população baseado no mês de nascimento. Esse cronograma foi distribuído ao longo dos dias da semana para cada grupo, permitindo um controle mais eficaz e seguro durante o processo de vacinação.

De acordo com dados divulgados pelo DATASUS, Manaus se destacou como a capital com a maior cobertura vacinal do país em 2022. O índice de cobertura vacinal alcançou impressionantes 79,91%, superando significativamente a média nacional, que foi de 67,94%. No total, foram administradas 5.599.444 doses da vacina contra a Covid-19, resultando em 80,47% da população com o ciclo vacinal completo. A redução na cobertura vacinal contra diversas doenças tem sido uma das principais preocupações do governo federal, e os resultados obtidos pela Prefeitura de Manaus representam uma contribuição valiosa para os esforços do Ministério da Saúde em reverter esse cenário preocupante no Brasil (Brasil, 2023).

Em termos de recursos humanos, a SEMSA desempenhou um papel crucial ao alocar profissionais de diversas áreas para atuarem nas diferentes funções necessárias durante a campanha de vacinação. Esses profissionais foram encarregados de coordenar as atividades, realizar a triagem dos usuários, gerenciar a logística, conduzir veículos, digitar dados, e manter a ordem nos postos de vacinação. Tanto nos postos terrestres quanto nos locais ribeirinhos, foram designados vacinadores e registradores capacitados, assegurando a eficiência do processo. Para atender à zona rural, foram contratadas lanchas equipadas com capotas e coletes salva-vidas, operadas por pilotos em turnos de 8 horas diárias. Além disso, a SEMSA garantiu todos os recursos materiais necessários, incluindo insumos para vacinação, equipamentos de proteção individual adequados e materiais de apoio para as equipes (SEMSA, 2021).

No que diz respeito às estratégias de comunicação, a SEMSA poderia ter intensificado ainda mais as ações de mobilização nas redes

sociais, com o objetivo de disseminar informações que incentivassem a vacinação e combatessem a desinformação. Os movimentos antivacinas e os discursos anticientíficos ganharam força durante a pandemia de Covid-19, e estratégias adicionais poderiam ter sido exploradas para enfrentar os desafios da hesitação vacinal e para mitigar a disseminação de informações incorretas. Embora a campanha tenha sido bem-sucedida em muitos aspectos, tais estratégias de comunicação poderiam ter ampliado ainda mais a eficácia da campanha e aumentado a adesão da população.

O Departamento de Tecnologia da Informação da SEMSA desempenhou um papel fundamental ao desenvolver e implementar o SMV, uma ferramenta essencial para apoiar a execução das estratégias e do plano de vacinação. O SMV superou desafios relacionados à falta de informação e à necessidade de ferramentas eficazes de controle. A adoção do SMV permitiu a integração com a RNDS, possibilitando não apenas a contabilização precisa das doses aplicadas em todo o município, mas também o acesso rápido a informações relevantes por meio do CPF do cidadão. Além disso, a ferramenta ofereceu uma série de benefícios adicionais, como a obtenção de dados em tempo real sobre locais de vacinação, unidades de saúde, e atendimento para casos suspeitos, garantindo a confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade, desempenho, segurança e transparência em todo o processo.

Desde o início de sua operação até o final de 2022, o SMV registrou e transmitiu para a RNDS um total de 5.018.137 doses aplicadas, abrangendo 2.028.827 vacinados. A campanha contou com a participação ativa de 2.432 vacinadores e 3.685 registradores, distribuídos em 320 postos de vacinação na região metropolitana de Manaus. O SMV demonstrou ser um recurso altamente compatível com as necessidades do município, permitindo um controle mais rigoroso dos dados coletados e uma maior agilidade na implementação de mudanças estratégicas. As melhorias contínuas no sistema

têm contribuído significativamente para a eficiência e a eficácia da campanha de vacinação em Manaus, estabelecendo um padrão de excelência que serve como modelo para futuras iniciativas na área da saúde pública.

O SMV tem sido fundamental para enfrentar os desafios apresentados pela pandemia de Covid-19, proporcionando um controle mais eficaz e coordenado das atividades de vacinação. Sua flexibilidade e a capacidade de se adaptar rapidamente às mudanças nas demandas de saúde pública tornaram-no um instrumento indispensável para a gestão da campanha de vacinação em Manaus. Essa experiência bem-sucedida destaca a importância de sistemas de informação robustos e bem projetados para a execução eficiente de políticas públicas em saúde, especialmente em momentos de crise, e oferece lições valiosas que podem ser aplicadas em outras regiões e em futuras campanhas de vacinação.

## **Desenvolvimento e Implementação do Sistema Municipal de Vacinação (SMV)**

---

O desenvolvimento do SMV foi um projeto de grande envergadura e importância estratégica para a saúde pública de Manaus. Este projeto, concebido para aprimorar a gestão das campanhas de vacinação em toda a cidade, demandou um planejamento meticuloso e a coordenação de múltiplos esforços em diversas frentes tecnológicas e administrativas. Desde o início, o projeto teve como objetivo central a criação de uma plataforma capaz de otimizar todos os aspectos relacionados à vacinação, desde a logística de distribuição das doses até o monitoramento em tempo real da cobertura vacinal.

Com relação à vacinação contra Covid-19, a ideia principal foi desenvolver o SMV com o objetivo de contemplar o registro detalhado de todas as doses aplicadas, levando em consideração as especificidades e particularidades do contexto de crise em que se encontrava o município.

Essa abordagem foi fundamental para a geração de informações em tempo oportuno, permitindo uma tomada de decisão mais assertiva e eficaz por parte das autoridades locais. Além disso, o sistema também possibilitou o envio de dados relevantes e atualizados para entes governamentais, conforme a necessidade, garantindo assim uma coordenação mais eficiente e um melhor gerenciamento da campanha de vacinação em meio a uma emergência de saúde pública.

O processo de desenvolvimento do SMV foi estruturado em diversas etapas fundamentais. A primeira delas envolveu a definição dos requisitos funcionais e técnicos do sistema, o que exigiu uma análise das necessidades do contexto de crise que se encontrava o município naquele momento. Esse levantamento permitiu que a equipe de desenvolvimento identificasse as lacunas e os pontos críticos que precisavam ser endereçados. Com os requisitos claramente estabelecidos, a fase seguinte focou na seleção das tecnologias mais adequadas para atender às demandas específicas e as restrições de tempo e custo. Por fim, após a definição desses elementos basilares, foi realizada a atividade de construção do software em ciclos de entrega definidos conforme as prioridades do processo de gerenciamento da campanha.

Com relação à seleção de tecnologias, optou-se por uma solução robusta e eficiente, baseada em uma plataforma web, que foi cuidadosamente construída utilizando a linguagem de programação PHP e o banco de dados MySQL. Essas tecnologias são amplamente reconhecidas e valorizadas no mercado por sua confiabilidade, escalabilidade e desempenho, além de proporcionar facilidade e rapidez no processo de desenvolvimento do software. Acrescentando a isso, também foram utilizados diversos componentes de software, como frameworks e bibliotecas de funções de terceiros, que desempenham um papel crucial na construção da solução. Esses componentes não apenas ajudam a resolver questões específicas, mas também contribuem significativamente para acelerar o processo de

desenvolvimento, permitindo que a equipe de programação se concentre em aspectos mais complexos e inovadores do projeto, garantindo assim uma entrega mais ágil e de alta qualidade.

Com o intuito de disponibilizar primeiramente os módulos da solução mais prioritários e essenciais para o processo de gerenciamento eficiente das doses vacinais, o roteiro de entregas definiu como prioridade máxima os módulos de registro e de consulta de doses aplicadas. Após a conclusão desses módulos fundamentais, o foco passou para o desenvolvimento do módulo de transmissão das doses registradas para a RNDS, garantindo assim a integração e o compartilhamento de informações com o sistema nacional. Por fim, os módulos de auditoria, de acompanhamento das doses e o de certificado de vacinação municipal foram implementados, complementando a solução com funcionalidades importantes para a gestão completa do processo de vacinação. Para garantir a entrega de uma solução de qualidade e alinhada com as necessidades do cliente, foram definidos ciclos de desenvolvimento do software, nos quais partes da solução eram entregues, testadas e validadas ao final de cada ciclo. Essa abordagem ágil permitiu que a equipe de TI trabalhasse em colaboração com a equipe de vacinação, garantindo que cada módulo entregue atendessem aos requisitos e expectativas.

**Figura 1.** Arquitetura do SMV



Nota: Elementos do SMV e Integração com o RNDS

Os módulos da solução estão integrados em uma arquitetura (Figura 01) que permitiu o gerenciamento do processo de vacinação e o atendimento de necessidades dos órgãos externos. O módulo de registro de doses permitiu a coleta e a consulta de dados sobre as doses aplicadas no cidadão identificado no sistema pelo número de CPF ou número do CNS (Cartão Nacional de Saúde), que foi acessado pelos profissionais da SEMSA e por demais pessoas que trabalharam no registro de doses. O módulo de auditoria permitiu o acompanhamento das doses registradas pela equipe da Secretaria para atender a necessidade de monitoramento interno e de órgãos de controle.

O módulo de transmissão de dados permitiu o envio das doses registradas na base local do município para a base do governo federal por meio da RNDS para possibilitar o acompanhamento nos níveis estadual e federal. Já o módulo de acompanhamento de doses registradas, denominado “Vacinômetro”, permitiu o acompanhamento de vacinação no nível municipal, inclusive ficando disponível ao público em geral

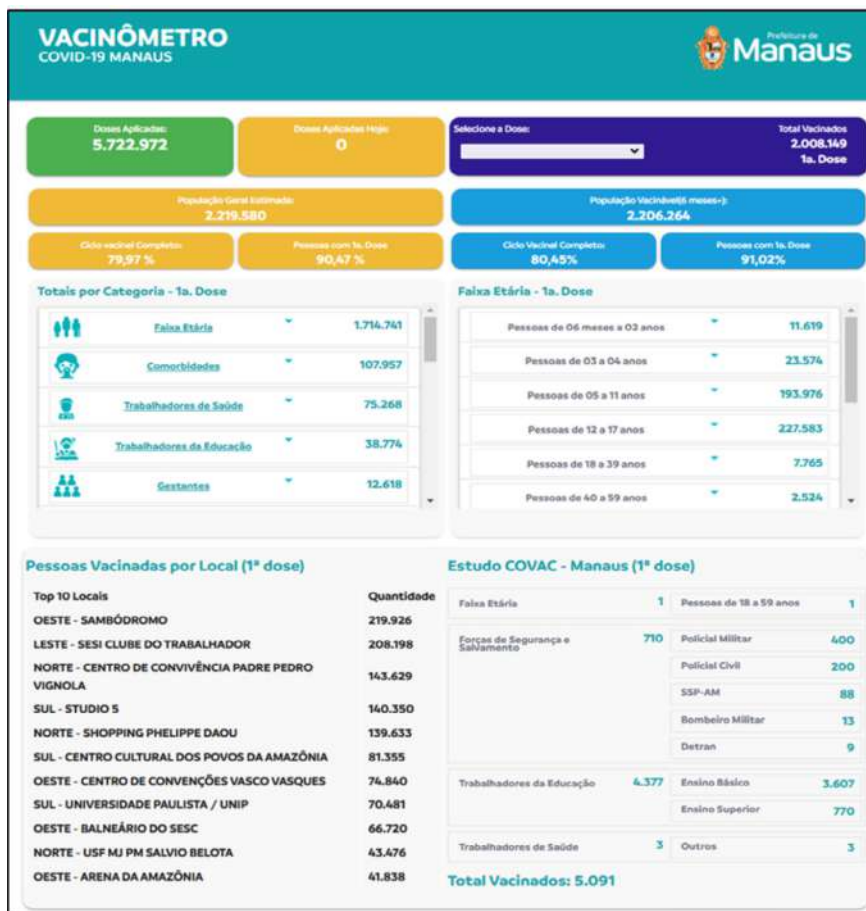


através da Internet, o que trouxe transparência para o processo. O módulo de administração (SMV Admin) permite a configuração do processo de vacinação, como a definição do imunobiológico e do esquema vacinal, obedecendo às regras de grupos prioritários. Por fim, o último módulo desenvolvido foi o de Certificado Municipal de Vacinação contra Covid-19, que possibilitou a emissão de um certificado com as doses aplicadas no município, sendo uma alternativa complementar ao Certificado Nacional de Vacinação contra Covid-19.

É importante ressaltar o “Vacinômetro” (Figura 02), que permitiu o acompanhamento em tempo real da campanha de vacinação. Este painel de monitoramento exibe dados detalhados sobre o total de doses administradas por dia, auxiliando os gestores municipais na tomada de decisões estratégicas para ajustar a logística e a distribuição dos imunizantes. Além disso, a ferramenta contribuiu para a transparência das ações, fornecendo informações acessíveis tanto para os órgãos de controle quanto para a população. Com isso, foi possível identificar rapidamente possíveis gargalos na vacinação, otimizar os recursos disponíveis e garantir uma cobertura mais ampla e eficiente em um momento de extrema urgência e vulnerabilidade.

Outro quesito importante no desenvolvimento foram questões de usabilidade de software. Foi considerado que o SMV operasse de forma responsiva em dispositivos diferentes, ou seja, fosse capaz de funcionar em computadores de mesa e em dispositivos móveis, sem prejuízo à interface com o usuário, para permitir o funcionamento em postos de vacinação localizados nas unidades da Secretaria, mas também em postos localizados em outros locais para atender a uma quantidade maior de pessoas. Além disso, foi necessário que a interface com o usuário fosse clara e objetiva, com poucos elementos visuais e nível de contraste adequado, para facilitar o uso diário na rotina e durante os momentos de treinamento.

Figura 2. Vacinômetro.



Nota: Monitoramento e transparência no processo de vacinação contra a Covid-19.

A implementação do SMV em Manaus envolveu um processo detalhado e rigoroso, que contemplou desde o desenvolvimento inicial até o treinamento dos usuários e a garantia de suporte contínuo. A primeira etapa, centrada na implantação do sistema, exigiu um planejamento cuidadoso, considerando as particularidades do ambiente de saúde pública

e as necessidades específicas da cidade. A integração com outros sistemas, como a RNDS, foi um desafio significativo, mas essencial para garantir que o SMV pudesse operar de forma eficiente e em consonância com as políticas nacionais de saúde.

Para a implantação do SMV, foram realizadas as atividades de instalação e configuração do software e demais recursos de tecnologia da informação, capacitação, acompanhamento e suporte na utilização. Na primeira e segunda atividade, o software foi disponibilizado através da Internet, permitindo que o software fosse acessado por usuários responsáveis pelos registros e monitoramento de dados, mediante as credenciais de acesso. Com relação à capacitação, foi considerado o uso de multiplicadores nos distritos de saúde da Secretaria, permitindo que a informação sobre o uso do sistema fosse repassada do nível central, passando pelo nível distrital até chegar ao nível local da unidade de saúde ou posto de vacinação externo. Com relação à última atividade, o suporte e o acompanhamento foram realizados tanto no nível central quanto no nível distrital. As questões identificadas eram tratadas primeiramente no nível distrital e, caso fosse necessário, era enviado para o nível central.

O treinamento dos usuários foi uma etapa crucial para o sucesso do SMV. Considerando a diversidade de perfis profissionais envolvidos, desde gestores até técnicos e profissionais de saúde que atuam diretamente na aplicação de vacinas, foi necessário desenvolver programas de capacitação adaptados às diferentes necessidades e níveis de familiaridade com a tecnologia. Esses treinamentos enfatizaram não apenas o uso básico do sistema, mas também as melhores práticas para garantir a precisão dos dados e a eficiência no registro das informações. A abordagem didática e prática dos treinamentos contribuiu para uma adoção mais rápida e eficaz do sistema por parte dos usuários.

Além do treinamento inicial, o suporte aos usuários foi planejado para ser contínuo e adaptativo. Equipes dedicadas foram estabelecidas para

prestar assistência técnica e resolver dúvidas em tempo real, assegurando que os profissionais pudessem operar o SMV sem interrupções ou dificuldades significativas. Este suporte incluiu a disponibilização de canais de comunicação direta, como linhas de atendimento telefônico e plataformas de suporte online, onde os usuários podiam reportar problemas e solicitar auxílio de forma rápida e eficiente.

Durante o processo de suporte, também foi fundamental o monitoramento contínuo do uso do sistema e a identificação de possíveis melhorias. A equipe de desenvolvimento manteve um canal aberto para *feedback*, o que permitiu a identificação de falhas ou dificuldades enfrentadas pelos usuários e a implementação de atualizações e ajustes no sistema. Esta abordagem proativa não apenas melhorou a usabilidade do SMV, mas também fortaleceu a confiança dos usuários na ferramenta, ao perceberem que suas necessidades e sugestões eram levadas em consideração.

Por fim, a estratégia de suporte envolveu a criação de materiais de apoio, como manuais simplificados e guias rápidos, que ficaram à disposição dos usuários para consulta a qualquer momento. Esses recursos foram essenciais para garantir que os profissionais tivessem à mão informações claras e acessíveis sobre o funcionamento do sistema, contribuindo para a manutenção de um alto nível de competência no uso do SMV e para o sucesso das campanhas de vacinação em Manaus.

Um dos desafios mais complexos enfrentados durante o desenvolvimento do SMV foi a necessidade de integração com outros sistemas. Para superar esses obstáculos, foram projetadas e implementadas APIs (*Application Programming Interfaces*) que permitiram uma comunicação eficiente e segura entre o SMV e os sistemas a serem integrados. Essa interoperabilidade foi fundamental para garantir que todas as unidades de saúde pudessem trabalhar de forma coordenada,

compartilhando dados em tempo real e colaborando de maneira eficaz para a execução das campanhas de vacinação.

A colaboração entre diferentes esferas do governo foi outro aspecto crucial para o sucesso do SMV. O projeto contou com a participação ativa de órgãos municipais, estaduais e federais, que trabalharam em conjunto para assegurar que o sistema atendesse às normas e regulamentações vigentes, além de garantir que ele pudesse operar de forma integrada em uma rede mais ampla de informações de saúde. Essa colaboração intergovernamental foi especialmente importante na fase de integração do SMV com a RNDS, um dos maiores desafios técnicos e operacionais do projeto.

Essa integração representou um marco significativo, pois a infraestrutura nacional é responsável por centralizar e compartilhar informações de saúde de forma segura e eficiente. Através dela, o SMV conseguiu acessar dados em tempo real sobre a cobertura vacinal e o andamento das campanhas de vacinação em todo o território nacional. Isso não apenas aprimorou o monitoramento e a avaliação das campanhas em Manaus, mas também permitiu que a cidade adotasse uma abordagem mais proativa e personalizada em relação à vacinação. A capacidade de responder rapidamente a surtos de doenças e de implementar estratégias de vacinação direcionadas e baseadas em dados foi um dos grandes avanços proporcionados pela integração com a RNDS.

No entanto, também trouxe à tona desafios significativos relacionados à segurança e à privacidade dos dados de saúde. Para enfrentá-los, a equipe do SMV adotou rigorosas práticas de criptografia e autenticação, assegurando que todas as transações de dados fossem realizadas de forma segura e em conformidade com as melhores práticas de proteção de informações sensíveis. A implementação dessas medidas de segurança foi essencial para garantir a confiança dos usuários no sistema e para proteger a privacidade dos dados dos cidadãos.

O desenvolvimento e a implementação do SMV não apenas otimizaram a gestão das campanhas de vacinação em Manaus, mas também estabeleceram um novo padrão de excelência na utilização de tecnologias da informação para a saúde pública. O sucesso do SMV é um testemunho da importância de uma abordagem integrada, colaborativa e tecnicamente robusta para enfrentar os desafios complexos da saúde pública no século XXI.

## **Importância e replicabilidade do SMV em Manaus**

---

A implementação e utilização de um sistema de informação dedicado ao registro e à geração de dados emergiu como um fator essencial e determinante no início da campanha de vacinação contra a Covid-19 em Manaus. A habilidade e a capacidade do sistema de registrar de forma meticulosa, transmitir com eficiência e divulgar de maneira ampla os dados coletados foram fundamentais para permitir à gestão municipal tomar decisões oportunas e bem-informadas. Além disso, esse sistema possibilitou um planejamento mais robusto e a execução de atividades futuras relacionadas à campanha de vacinação de forma muito mais eficiente e coordenada. Esse processo não apenas garantiu uma resposta rápida e eficaz em um cenário repleto de incertezas e desafios logísticos significativos, mas também possibilitou o gerenciamento eficiente dos recursos e a coordenação adequada das ações de saúde pública.

O desenvolvimento e a implementação do SMV em um período extremamente curto e desafiador foram absolutamente cruciais para satisfazer as crescentes demandas de informação dos gestores municipais e dos órgãos responsáveis pela transparência e controle. Naquele momento crítico, não existia um sistema nacional plenamente operacional e funcional, o que intensificava ainda mais a urgência da criação e implementação de uma solução local eficaz. Essa solução tinha

a importante responsabilidade de gerenciar o estoque limitado de vacinas e otimizar a distribuição dos imunizantes à população, garantindo que os recursos fossem utilizados da melhor forma possível. A ausência de um sistema adequado e eficiente poderia ter levado a uma gestão descoordenada e ineficaz, aumentando consideravelmente o risco de desperdício de doses e deixando partes significativas da população desprotegidas e vulneráveis a possíveis surtos.

A arquitetura do SMV foi meticulosamente desenvolvida com um enfoque rigoroso nas particularidades e necessidades específicas do município de Manaus. Isso incluiu a consideração de fatores críticos como a geografia local, a infraestrutura de saúde existente, e as necessidades específicas e variadas da população. Esse sistema não só permite a coleta e armazenamento eficiente e seguro dos dados de vacinação, mas também proporciona uma integração fluida e eficaz com a RNDS. Essa integração é vital para garantir a consistência e a confiabilidade das informações transmitidas ao Ministério da Saúde, o que é essencial para a coordenação nacional das campanhas de imunização e para a análise precisa da eficácia das vacinas em todo o território nacional. A coordenação eficiente e a análise detalhada são fundamentais para o sucesso das campanhas de vacinação e para o enfrentamento de desafios de saúde pública.

Além da sua aplicação imediata e bem-sucedida, o SMV possui um potencial significativo de replicabilidade em outros municípios que enfrentam desafios semelhantes em termos de gestão de vacinação e saúde pública. A flexibilidade e adaptabilidade intrínsecas da arquitetura do SMV permitem que ele seja ajustado e modificado para atender a diferentes contextos e realidades locais. Isso garante que gestores municipais em diferentes regiões possam contar com uma ferramenta eficaz e confiável para monitorar e administrar suas campanhas de vacinação de forma eficiente, adaptando-se às suas necessidades específicas e características regionais.

O futuro do SMV também aponta para um aprimoramento contínuo e significativo. Com a integração de tecnologias avançadas, como geolocalização e inteligência artificial, o sistema tem o potencial de evoluir para incluir funcionalidades adicionais que identificam áreas com maior necessidade de intervenção. Isso otimiza a logística de vacinação e permite uma resposta mais rápida e direcionada a surtos ou necessidades emergentes. Esses avanços não apenas aprimorariam a gestão das campanhas de vacinação, mas também teriam um impacto positivo significativo na saúde pública em geral. A melhoria contínua ajudaria a reduzir as lacunas na cobertura vacinal e a promover um melhor bem-estar da população manauara e das populações em outras regiões que adotarem o sistema, contribuindo de forma significativa para a saúde pública nacional.

O SMV representa uma inovação tecnológica de grande importância que demonstrou sua eficácia e relevância na gestão da campanha de vacinação contra a Covid-19 em Manaus. Ele possui um potencial substancial para impactar positivamente a saúde pública em outras regiões do Brasil, especialmente se for adaptado e expandido para outras aplicações dentro do sistema de saúde. A capacidade de replicar e adaptar o SMV a diferentes contextos regionais pode fortalecer significativamente a capacidade de resposta e a gestão de campanhas de vacinação em todo o país.

## **Análise das Estratégias de Vacinação em Manaus**

---

A cidade de Manaus, destacando-se como a maior metrópole da vasta região amazônica, enfrentou uma série de desafios logísticos e operacionais únicos e complexos em sua campanha de vacinação. A organização meticulosa e a logística eficiente foram absolutamente fundamentais para assegurar que as vacinas fossem entregues de maneira



eficaz tanto nas áreas urbanas densamente povoadas quanto nas regiões rurais e ribeirinhas, muitas vezes de difícil e complicado acesso.

Entre as principais estratégias logísticas adotadas, destacou-se a montagem de postos de vacinação em locais de fácil acesso e conveniência para a população. Isso incluiu a instalação de pontos de vacinação em escolas, centros comunitários e até mesmo em locais de *Drive-thru*, o que facilitou significativamente a adesão da população à campanha de vacinação (Santos & Lima, 2023). Além disso, a distribuição das vacinas foi meticulosamente planejada para garantir que todos os pontos de vacinação fossem continuamente abastecidos, evitando qualquer possibilidade de falta de doses e assegurando que a campanha não sofresse interrupções. A gestão dos recursos humanos também desempenhou um papel crucial e decisivo nesse processo, com a mobilização de equipes de saúde altamente treinadas, incluindo médicos, enfermeiros e voluntários, que receberam treinamento específico e direcionado para a campanha (Carvalho *et al.*, 2022).

Nas áreas rurais e nas comunidades isoladas, os desafios logísticos foram particularmente significativos e complexos. A necessidade de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas e indígenas representou um desafio considerável. Esses desafios foram superados de forma eficaz por meio de parcerias estratégicas com organizações locais e pelo uso de embarcações adaptadas, especialmente projetadas para garantir o transporte seguro das vacinas. Isso assegurou que as vacinas chegassem em boas condições aos pontos de vacinação, mesmo em locais remotos e de difícil acesso (Oliveira & Almeida, 2021).

A comunicação eficaz desempenhou um papel essencial e estratégico no engajamento da população de Manaus na campanha de vacinação. Diversas estratégias e táticas foram implementadas, incluindo campanhas de mídia abrangentes em rádio, televisão e redes sociais, com o objetivo principal de informar amplamente sobre a importância da vacinação e de desfazer mitos e

informações incorretas relacionadas às vacinas (Pereira *et al.*, 2023). O combate à desinformação foi uma prioridade absoluta, com a disseminação de informações precisas e baseadas em evidências científicas rigorosas, visando combater boatos e notícias falsas que poderiam comprometer a eficácia da campanha.

## **Impacto na Cobertura Vacinal e Resultados do SMV**

---

O SMV implementado em Manaus teve um impacto significativo na cobertura vacinal, especialmente em comparação com os períodos anteriores à sua adoção. Antes da implementação do SMV, a cobertura vacinal na cidade estava abaixo das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com frequentes variações e lacunas na imunização de grupos prioritários (Silva *et al.*, 2022). Após a implementação do SMV, houve um aumento notável na cobertura vacinal, com uma ampliação do acesso às vacinas e uma melhor distribuição de doses, atingindo 85% da população alvo em algumas campanhas (Freitas & Oliveira, 2023).

Quando comparada a outras regiões do Brasil, a cobertura vacinal em Manaus, após o SMV, mostrou-se superior em diversos aspectos, especialmente na vacinação contra a Covid-19. Regiões que adotaram sistemas semelhantes também relataram melhorias, mas Manaus destacou-se pela rapidez na adesão e eficácia das campanhas (Gomes *et al.*, 2024). Em termos globais, cidades que implementaram sistemas de monitoramento comparáveis relataram resultados positivos similares, mas enfrentaram desafios distintos, como infraestrutura tecnológica e engajamento comunitário. As lições aprendidas em Manaus incluem a importância de uma infraestrutura robusta e treinamento adequado para as equipes de saúde, o que facilitou a execução das campanhas de vacinação de forma mais eficiente (Almeida & Pereira, 2023).

O SMV foi um instrumento essencial no gerenciamento da crise de saúde pública em Manaus, contribuindo para a melhoria na tomada de

decisões e na transparência dos dados. Durante a pandemia de Covid-19, o SMV permitiu que as autoridades de saúde monitorassem em tempo real a distribuição de vacinas, identificassem rapidamente as áreas com menor cobertura e ajustassem as estratégias de vacinação conforme necessário (Nunes *et al.*, 2023). Isso resultou em uma alocação mais eficiente de recursos e em uma resposta mais ágil às necessidades emergentes da população.

Casos específicos onde o SMV foi crucial incluem a vacinação de populações em áreas ribeirinhas, onde o acesso era limitado e os dados sobre cobertura vacinal eram escassos. O SMV permitiu uma visualização precisa dessas áreas, garantindo que as vacinas chegassem a todos os cidadãos, independentemente da localização (Costa & Santos, 2023). Além disso, o sistema facilitou a comunicação entre diferentes níveis de governo, promovendo uma maior transparência e confiança por parte da população, o que foi fundamental para superar desafios como a hesitação vacinal e a distribuição desigual de vacinas.

O SMV demonstrou ser uma ferramenta essencial para a gestão de campanhas de vacinação em Manaus, e seu potencial de expansão para outras áreas da saúde pública é vasto. Uma das principais propostas para o futuro é utilizá-lo para monitorar outras campanhas de vacinação, como as contra influenza, sarampo e HPV, ampliando sua aplicação para garantir coberturas vacinais mais abrangentes (Silva *et al.*, 2024). Além disso, o SMV pode ser adaptado para o monitoramento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, permitindo um acompanhamento mais detalhado e eficiente desses usuários, contribuindo para a redução das complicações associadas a essas condições (Oliveira & Costa, 2023).

Para aprimorar o SMV, uma sugestão é a incorporação de tecnologias de inteligência artificial (IA) que possam prever surtos de doenças com base em dados históricos e padrões epidemiológicos. Essa funcionalidade permitiria uma resposta mais rápida e precisa a emergências de saúde pública,

melhorando a alocação de recursos e a eficácia das intervenções (Almeida & Pereira, 2024). A integração de *big data* e análises preditivas ao SMV também poderia oferecer *insights* valiosos para o planejamento de campanhas de vacinação e outras iniciativas de saúde pública (Gomes & Silva, 2023).

Para garantir a sustentabilidade do SMV a longo prazo, é fundamental que haja um compromisso contínuo com investimentos em tecnologia e capacitação. Isso inclui a atualização regular da infraestrutura tecnológica, a fim de manter o sistema seguro e eficiente, e o treinamento constante dos profissionais de saúde que utilizam o SMV, garantindo que estejam preparados para aproveitar ao máximo suas funcionalidades (Mendes & Ferreira, 2023). O financiamento governamental e parcerias público-privadas podem ser cruciais para garantir que o SMV permaneça uma ferramenta relevante e eficaz nos próximos anos.

O legado tecnológico deixado pela pandemia, incluindo o desenvolvimento e a implementação do SMV, oferece uma oportunidade única para fortalecer o sistema de saúde pública no Brasil. A pandemia acelerou a adoção de tecnologias digitais na saúde, e esse impulso deve ser aproveitado para construir um sistema mais resiliente e adaptável às futuras crises (Santos & Lima, 2023). A experiência adquirida com o SMV pode servir como um modelo para o desenvolvimento de outras ferramentas tecnológicas que melhorem a gestão de saúde pública, tornando o sistema de saúde mais proativo e eficiente em tempos de normalidade e crise.

## Considerações Finais

---

Ao longo deste capítulo, foi possível observar de maneira detalhada e minuciosa a profunda e indispensável importância que o SMV teve no combate eficaz à pandemia de Covid-19 na cidade de Manaus. Mais do que uma simples ferramenta administrativa de gestão, o SMV se consolidou como um pilar

estratégico de extrema relevância para a administração eficiente das campanhas de vacinação, proporcionando uma base sólida e confiável para a tomada de decisões informadas, precisas e oportunas por parte das autoridades de saúde.

A implementação do SMV trouxe melhorias significativas em diversos aspectos, não apenas no alcance das campanhas de vacinação, mas também na qualidade e na precisão dos dados coletados e processados. Essas melhorias, por sua vez, se refletiram em um aumento expressivo e consistente na cobertura vacinal em toda a cidade de Manaus, abrangendo tanto as áreas urbanas quanto as regiões rurais mais remotas, conforme evidenciado no estudo de Silva *et al.* (2024). Esse impacto positivo, amplamente documentado, é um testemunho inquestionável da eficácia do SMV na superação de barreiras logísticas e operacionais durante a crise sanitária sem precedentes que acometeu o município.

Além disso, o SMV mostrou ser, de maneira incontestável, uma ferramenta vital para a gestão de crises de saúde pública, oferecendo uma resposta rápida, eficaz e eficiente às demandas emergentes e urgentes da população durante a pandemia de Covid-19. O sistema permitiu uma coordenação mais ágil e fluida entre as diferentes esferas de governo e as diversas unidades de saúde espalhadas pela cidade, o que foi crucial para a execução bem-sucedida de estratégias de vacinação direcionadas e para o monitoramento constante e detalhado da evolução da imunização em Manaus.

A experiência acumulada e adquirida na utilização do SMV durante a pandemia trouxe à tona lições valiosas e inestimáveis que certamente serão de grande utilidade em futuras crises de saúde pública. Como destacam Gomes & Santos (2023), o sucesso do SMV em Manaus ilustra de maneira exemplar como a adoção de tecnologias avançadas e inovadoras na área da saúde pode redefinir nossa abordagem em emergências sanitária, transformando desafios complexos em oportunidades para inovar, aperfeiçoar e melhorar a saúde pública.

O avanço contínuo e acelerado da tecnologia na área da saúde, exemplificado de forma clara pelo SMV, sublinha a importância de uma preparação robusta, abrangente e adaptável para futuras pandemias e crises sanitárias. A rápida implementação e a eficácia comprovada do SMV durante a crise da Covid-19 não só responderam de maneira eficiente à emergência imediata, mas também representaram um investimento estratégico e de longo prazo no fortalecimento contínuo do sistema de saúde em Manaus. Este caso específico serve como um alerta contundente para a necessidade urgente e imperiosa de modernização e integração dos sistemas de informação em saúde em todo o Brasil, conforme discutido de maneira detalhada por Nunes & Ferreira (2023). A pandemia revelou, de forma clara e inequívoca, que a capacidade de coletar, analisar e agir com base em dados de saúde em tempo real é essencial e crucial para uma resposta eficaz a crises sanitárias.

Diante disso, é imperativo que as autoridades de saúde e os gestores públicos em todos os níveis de governo reconheçam o valor incomensurável das inovações tecnológicas e priorizem o desenvolvimento, a manutenção e a constante atualização dessas ferramentas essenciais. A pandemia de Covid-19 evidenciou que a preparação adequada para futuras crises de saúde pública não depende apenas de uma infraestrutura física robusta e bem estruturada, mas também da capacidade de mobilizar rapidamente recursos tecnológicos avançados que possam apoiar a tomada de decisões informadas, precisas e baseadas em evidências concretas. A integração de tecnologias emergentes, como inteligência artificial e *big data*, nos sistemas de saúde deve ser tratada como uma prioridade estratégica de alto nível, com foco na sustentabilidade e na resiliência.

Esses avanços tecnológicos têm o potencial de transformar radicalmente a gestão da saúde pública no Brasil, garantindo que o país esteja mais bem preparado para enfrentar os desafios sanitários futuros de

maneira eficaz, resiliente e com uma visão estratégica de longo prazo. O investimento contínuo e ininterrupto em inovação tecnológica é a chave para assegurar que o Brasil possa não apenas responder de forma eficiente e eficaz às emergências sanitárias, mas também construir e consolidar um sistema de saúde mais robusto, preparado e adaptável para os desafios do futuro, garantindo a saúde e o bem-estar da população em qualquer circunstância.

## Referências

---

- Almeida, R. T., & Pereira, M. C. (2024). Incorporação de inteligência artificial no monitoramento de saúde pública: Perspectivas e desafios. *Journal of Public Health Technology*, 17(1), 45–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpht.2024.01.007>
- Almeida, R. T., & Pereira, M. C. (2023). Lições aprendidas na implementação de sistemas de monitoramento vacinal em Manaus. *Revista de Gestão em Saúde Pública*, 14(2), 200–214. <https://doi.org/10.1590/1807-576220230213>
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5), e253. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30074-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30074-8)
- Baker, M. G., Kvalsvig, A., & Verrall, A. J. (2020). New Zealand's elimination strategy for the COVID-19 pandemic and what is required to make it work. *The New Zealand Medical Journal*, 133(1512), 10–14. <https://doi.org/10.1136/nzma.1512.10>
- Barberia, L. G., & Gómez, E. J. (2020). Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *The Lancet*, 396(10248), 367–368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31836-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31836-6)
- Barletta, J. (2021). Oxygen crisis in the Brazilian Amazon: A perfect storm during COVID-19. *The Lancet Global Health*, 9(4), e467. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00130-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00130-5)
- Bonfim, C. V., Cruz, M. M., & dos Santos, R. S. (2021). Sistemas de informação em saúde e práticas de atenção básica: Reflexões a partir da experiência da Rede Nacional de Dados em Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(1), e2021015. <https://doi.org/10.1590/1414-462X2021000100015>
- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_saude\\_digital\\_Brasil.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf)
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Amazonas registra aumento de cobertura vacinal em 2023. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/amazonas/2023/dezembro/amazonas-registra-aumento-de-cobertura-vacinal->

em-2023

- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. (2023). *Imunizações - Cobertura - Brasil: BCG por Capital segundo Região*. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS). Recuperado de [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_MENU\\_COBERTURA/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_CALENDARIO\\_NACIONAL\\_MENU\\_COBERTURA.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_MENU_COBERTURA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_MENU_COBERTURA.html)
- Carvalho, M. G., Silva, R. T., & Oliveira, A. P. (2022). Logística e gestão de recursos humanos na campanha de vacinação contra a COVID-19 em Manaus. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(3), 243–250. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001356>
- Costa, J. L., & Santos, P. R. (2023). O papel do SMV na vacinação em áreas ribeirinhas de Manaus durante a pandemia. *Revista Brasileira de Saúde Rural*, 8(1), 55–67. <https://doi.org/10.5327/RBSR.2023.1015>
- Dourado, I., Oliveira, M. R. F., Aquino, R., Bonolo, P., Lima-Costa, M. F., Medina, M. G., ... & Turci, M. A. (2020). Sistemas de vigilância em saúde no Brasil: Avanços e desafios. *Saúde em Debate*, 44(125), 104–120. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020290110>
- Figueiredo, A. M., Codolo, G., & de Macedo, C. D. M. (2021). COVID-19 pandemic: A reflection on the Brazilian scenario from healthcare professionals. *PLOS ONE*, 16(3), e0248942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248942>
- Freitas, A. M., & Oliveira, T. S. (2023). Impacto da implementação do SMV na cobertura vacinal em Manaus. *Jornal Brasileiro de Epidemiologia*, 36, e230128. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230128>
- Gomes, F. A., Souza, R. S., & Lima, V. H. (2024). Comparação da cobertura vacinal pós-SMV em Manaus e outras regiões do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(1), 115–124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.14752023>
- Gomes, F. A., & Silva, M. H. (2023). Big data e análises preditivas no sistema de saúde: Um estudo de caso do SMV em Manaus. *Saúde Digital*, 10(2), 88–97. <https://doi.org/10.1186/sd.2023.0021>
- Gonsalves, G., & Yamey, G. (2020). The COVID-19 response in the United States was slow and chaotic. *Nature Medicine*, 26(5), 669–670. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0931-2>
- Kuhlmann, S., & Hellström, M. (2021). The second wave: COVID-19 and the German federal system. *European Policy Analysis*, 7(1), 70–75. <https://doi.org/10.1002/epa2.1096>
- Laurenti, R., Mello Jorge, M. H. P., & Gotlieb, S. L. D. (2011). Perfil epidemiológico da mortalidade do adulto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3071–3080. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700003>
- Macdonald, N. E., et al. (2020). Lessons learned from the Global Vaccine Action Plan. *World Health Organization*. Disponível em <https://www.who.int/teams/immunization->



- Mendes, A. F., & Ferreira, P. R. (2023). Sustentabilidade e treinamento contínuo em sistemas de monitoramento de vacinação. *Revista de Gestão em Saúde*, 29(3), 189–200. <https://doi.org/10.1108/RGS.2023.0037>
- Mendes, E. V., Barreto, M. L., Silva, G. A., & Souza, L. E. P. F. (2021). Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028: Desafios e oportunidades. *Revista de Saúde Pública*, 55, 105. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102021000100105>
- Naveca, F. G., Nascimento, V., de Souza, V. C., Corado, A. L., Nascimento, F., Silva, G., & Sabino, E. C. (2021). COVID-19 in Amazonas, Brazil, was driven by the persistence of endemic lineages and P.1 emergence. *Nature Medicine*, 27(7), 1230–1238. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01378-7>
- Naveca, F. G., Nascimento, V., Souza, V., Corado, A. L., Nascimento, F., Silva, G., Mejía, M. C., Brandão, M. J., Costa, Á., Duarte, D., Pessoa, K., ... Fiocruz COVID-19 Genomic Surveillance Network. (2022). Spread of Gamma (P.1) Sub-Lineages Carrying Spike Mutations Close to the Furin Cleavage Site and Deletions in the N-Terminal Domain Drives Ongoing Transmission of SARS-CoV-2 in Amazonas, Brazil. *Microbiological Spectrum*, 10(1), e0236621. <https://doi.org/10.1128/spectrum.02366-21>
- Nunes, P. Q., Rocha, L. P., & Fernandes, M. R. (2023). Efetividade do SMV no gerenciamento de crises de saúde pública em Manaus. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00123423. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN00123423>
- Oliveira, D. S., & Almeida, L. M. (2021). Desafios logísticos em áreas rurais na campanha de vacinação contra a COVID-19 na Amazônia Brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 55, 72. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003527>
- Pereira, R. C., Lima, V. P., & Gomes, F. A. (2023). Estratégias de comunicação na campanha de vacinação em Manaus: Combatendo a desinformação. *Health Communication Research*, 37(2), 89–97. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.1984512>
- Sabino, E. C., Buss, L. F., Carvalho, M. P., Prete, C. A., Crispim, M. A. E., Fraiji, N. A., & Faria, N. R. (2021). Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *The Lancet*, 397(10273), 452–455. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00183-5)
- Silva, L. E. P., Targino, R. L. de O., Palheta, R. P., Araújo, L. R. P., & dos Anjos, J. G. X. (2022). Amazonas no epicentro da pandemia de COVID-19: Uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(3), 9270–9280. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-105>
- Silva, F., et al. (2020). Análise da eficiência dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223543>



# O ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES NO ACESSO À IMUNIZAÇÃO NA PERIFERIA DE MANAUS: Relato de experiência

Stephanie Castilho da Costa  
Aldilene Miranda de Albuquerque  
Marinalda Alves da Silva

## Introdução

---

O acesso à atenção básica e seus serviços se disseminam pela pactuação da prevenção e promoção de saúde englobados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), devido a isto é imprescindível compreender as articulações do Programa Nacional de Imunização (PNI) e da unidade básica de saúde para a garantia de direitos e de promover a saúde de crianças e adultos assim como impulsionar o controle de enfermidades.

Neste contexto nos últimos anos, observamos a queda nas coberturas vacinais em todo o mundo, sendo que no Brasil as quedas foram mais acentuadas. A partir de 2016, segundo dados do Ministério da Saúde, a sociedade teve baixa adesão às vacinas, que estão relacionadas com questões políticas, culturais e econômicos. Isso impactou na atenção básica que tem o desafio de impactar na melhoria das condições de saúde das pessoas e minimizar as desigualdades sociais. Assim, as vacinas fazem parte das estratégias políticas para interferir na estrutura social.

Destacamos que na zona leste da Cidade de Manaus, bairro Jorge Teixeira, em que se localiza a população atendida, ainda há estas barreiras que impedem às pessoas terem acesso às políticas públicas, especialmente

a educação básica, à renda e à saúde pública, especialmente à promoção da saúde e à ambientes saudáveis. O direito à saúde pública está garantido na Constituição Federal Brasileira de 1988, sendo um dever do Estado garantir as políticas. Faria (2020) pontua que o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, fundamenta-se na territorialidade, hierarquização, descentralização e integração por redes de atenção à saúde (RAS).

As RAS é um conjunto de ações e serviços de saúde que se articulam em níveis de complexidade, sendo: Atenção Básica em Saúde (AB), Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, oncologia e pessoas com deficiência. Conforme Benício (2023) a Atenção Básica é o acesso de base territorial, sendo a porta de entrada preferencial, que coordena o cuidado. Importante citar três eixos de ações vinculadas à AB: prevenção, promoção e reabilitação. Dentre as estratégias de prevenção está a vacinação, que é medida eficiente para a redução de doenças imunopreveníveis, ofertadas na AB.

## **Programa Nacional de Imunização (PNI)**

---

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi formulado em 1973, pelo Ministério de Saúde que teve como objetivo fazer a coordenação das ações de imunização em todo território nacional. Foi institucionalizado em 1975, iniciando o processo de coordenar as atividades de imunização na rede de serviço. O PNI distribui e normatiza a utilização dos imunobiológicos, além de implantar o sistema de informação, consolidação de dados gerais da cobertura vacinal e as diretrizes e responsabilidades de cada esfera governamental (Brasil, 2024).

O PNI opera em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, tendo uma coordenação de imunização nas 27 unidades federativas e nos 5.568 municípios brasileiros. Assim, cada esfera tem as diretrizes e responsabilidades a serem executadas pela gestão compartilhada, sendo a responsabilidade do governo federal:

- Coordenação do PNI, com definição das vacinas componentes do calendário nacional de vacinação, estratégias e normatizações técnicas;
- Provimento de insumos e imunobiológicos para campanhas de vacina, além da vacinação de rotina já estabelecida;
- Coordenação dos sistemas nacionais de informações;
- Articulação com os órgãos para armazenamento e distribuição dos imunobiológicos às esferas estaduais (Brasil, 2024).

Cada região possui suas especificidades e responsabilidades que se seguem conforme as competências formalizadas pelos órgãos normativos e cabe a estes executá-las com transparência e fornecer aos usuários a garantia de saúde. Portanto, é imprescindível que o programa se oriente pelos princípios de universalidade e equidade do SUS (Benício, 2023).

O apoio da gestão distrital ao PNI é fundamental para o bom desenvolvimento das estratégias de vacinação e que de acordo com as divisões possui suas responsabilidades da esfera municipal e competências que Brasil (2024) expõe tais quais:

- Coordenação e execução das ações vacinais, com alinhamentos para vacina de rotina, campanhas, intensificação, bloqueio, notificação e a investigação de casos de óbitos e eventos supostamente atribuíveis a vacinação ou imunização (ESAVI);
- Gestão da Rede de Frio Municipal, com avaliação de estoque de imunobiológico e de outros insumos, além de proporcionar o armazenamento e transporte para os locais de uso devidamente pelas normas vigentes;
- Suprimento de insumos para ação de imunização;
- Descarte e destinação final dos resíduos gerados conforme as regulamentações;
- Gestão do sistema de informação, com averiguação de coleta,

processamento, consolidação e avaliação de qualidade dos dados extraídos pela unidade de saúde, inclusive de transmissão de dados em conformidade com os prazos e fluxos a serem repassados.

## **Território e acesso às políticas de saúde**

---

De acordo com os dados do IBGE (2022), a Cidade de Manaus tem um quantitativo populacional de 2.063.689 habitantes. A população da Zona Leste é a segunda zona mais populosa com 494.319 habitantes da cidade. O bairro mais populoso da capital é o Jorge Teixeira com 133.448 moradores, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde (UBS) Clínica da Família Dr. Waldir Bugalho de Medeiros. Apesar da cobertura das equipes, ainda há vazios assistenciais devido ao crescimento territorial e populacional.

O território localizado na zona leste da cidade de Manaus é demarcado por uma série de fatores que contribuem para a desigualdade no bairro, tais como: falta de infraestrutura urbana, emprego formal e violências (Cavalcanti Junior, 2017). Isto impacta no acesso a saúde em sua integralidade e contribui na reprodução das condições de vulnerabilidade, impactando na morbimortalidade da população.

A perpetuação das condições insalubres e irregulares, conforme citam Barbosa e Bilotta (2023), somado com a precariedade dos serviços públicos, como a infraestrutura de saneamento básico e o acesso à saúde, acabam por expor as pessoas às doenças e agravos. Como consequência dessas condições, as ações de imunização sofrem prejuízos porque nem sempre é possível realizar a cobertura das vacinas do calendário. Segundo Menezes *et al.*, (2023), as condições socioeconômicas favorecem a baixa adesão às vacinas, pois as pessoas não priorizam ou não tem condições de usar o transporte público devido à distância da UBS.

As questões socioeconômicas podem se constituir em barreira de acesso à saúde. Barcellos (2019) afirma que os processos de vulnerabilização como: saneamento e mudanças climáticas, são fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde. As precariedades vivenciadas pela comunidade são entraves substanciais a serem superadas pelas políticas públicas. Além disto, um fator agravante é a dificuldade de interlocução entre os agentes de saúde e a comunidade, que interfere na acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, entender os determinantes sociais é um modo de buscar a melhor forma de produzir e promover saúde nesse território, tão marcado pelas desigualdades. Segundo Nunes e Ribeiro (2022) a imunização pode contribuir com a inclusão e a superação de ciclos de invisibilidade e promoção da justiça e equidade. Por fim, como agir a partir dos princípios de equidade e integralidade neste espaço?

O acesso ao sistema vacinal significa garantia de direitos e um alcance para o maior êxito da prevenção de doenças e redução da mortalidade e enfermidades (Moura *et al.*, 2020; Menezes *et al.*, 2023). Por meio disso, reforçamos que as estratégias de saúde são importantes para que haja a ressignificação da vacina e das ações de saúde no território. Silva e Sá (2024) ressaltam que a participação dos profissionais da AB na vigilância e nas ações de imunização são relevantes para superar as áreas e os vazios assistenciais para a inclusão das famílias em todos os ciclos da vida.

## **Acolhimento e acesso humanizado**

---

O acolhimento e o acesso humanizado na unidade de saúde e em seus serviços, sobretudo na sala de vacina, é um meio de proporcionar o maior alcance de prevenção. Cardoso *et al.* (2018) afirmam que o processo de humanização não deve ser apenas entendido como “uma prática de bondade”, mas sim um princípio ético do cuidar, focalizando na

singularidade de cada usuário de modo que o proporcione uma atenção singularizada de acordo com as suas necessidades.

Siqueira *et al.* (2017) destacam a importância da incorporação da Política Nacional de Humanização (PNH) no cotidiano do serviço de saúde, buscando uma boa convivência dos servidores e usuários. O acolhimento humanizado quebra barreiras de acesso, principalmente em relação à imunização, alcançando a cobertura efetiva e eficiente. Diante da hesitação vacinal produzidas pela falta de informação e pelas *fake News*, o acolhimento e a educação em saúde tem sido as melhores estratégias para a adesão dos usuários.

O alinhamento de ações vacinais tanto internas como externas deve considerar as características locais, regionais e as particularidades culturais, para que possam alcançar a melhor qualidade da atenção à saúde (Sampaio, 2020). Cada unidade de saúde em sua região/distrito tem suas metas e cabem promover e organizar as ações de acordo com sua realidade para o maior engajamento da população. Assim, são introduzidas metodologias que facilitam o melhor desenvolvimento das ações para a cobertura vacinal na comunidade.

**Figura 1.** Vacinação em ação na comunidade para acesso extramuro.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.



As ações exigem da equipe metodologias que sejam lúdicas e culturalmente próximas da vida das pessoas para estabelecer vínculos e compreensão (Sampaio, 2020). As ações educativas desenvolvidas com a comunidade são as seguintes: palestras, teatro, roda de conversas, vídeos e/ou cartilhas interativas. As metodologias de educação popular ajudam no compartilhamento de saberes, colocando a equipe como aprendiz na relação com os usuários.

## **As estratégias de vacinação extramuros e o Programa Saúde na Escola (PSE)**

---

As metodologias são integradas ao Programa Saúde na Escola (PSE), que visam reforçar as ações de saúde no meio escolar, devem promover um diálogo com o público infanto-juvenil, educadores e responsáveis. A imunização se faz para além da unidade de saúde, visto que a parcela significativa de crianças, adolescentes e adultos não tem horários compatíveis com o funcionamento da UBS, ocasionando falta de adesão às ações de saúde. Assim, o PSE constrói uma relação entre a equipe de saúde e o ambiente escolar, ampliando o espaço de diálogos e mobilizações sobre a vacinação. Além disso, é importante manter a busca ativa por meio do acompanhamento da caderneta ou declaração vacinal para a revisão dos cartões e as intensificações alinhadas com a programação escolar com alcance dos não vacinados (Souza *et al.*, 2023).

A visita domiciliar é um modo de construir um vínculo com a família, comprometendo equipe e os usuários aos serviços de saúde. A busca ativa é uma estratégia de monitoramento da vacinação, para além das salas de vacinação nas UBS, pois são situações oportunas que contribuem à adesão e promovem o cuidado em saúde no território de vida das pessoas (Leite, 2011). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) constitui o principal articulador entre a equipe de saúde e a comunidade, contribuindo com o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Percebemos que as metas, a serem alcançadas nos últimos anos, têm sido desafiadoras e que exigem um maior preparo da equipe de saúde, principalmente na utilização de metodologias pautadas no acolhimento humanizado. Assim, trazemos o relato de experiência vivenciado na USF Dr. Waldir Bugalho de Medeiros, localizada na zona leste de Manaus, bairro Jorge Teixeira. A experiência mostra que empenho de uma abordagem acolhedora, humanizada e sensibilizada, contribui a maior cobertura vacinal. As estratégias foram as seguintes:

- Ações na escola para orientação e vacinação;
- Articulação com as associações do bairro para divulgação sobre a importância vacinal;
- Acompanhamento da equipe de vacinação nas visitas domiciliares, com avaliação dos comunitários;
- Busca ativa diária de vacinas em atraso, além do cuidado ofertado a pessoas acamadas e idosas com dificuldades de ida a unidade de saúde;
- Promoção e divulgação das campanhas sazonais;
- Oferta de multivacinação diária de atualização, com enfoque na mobilização dos usuários como agentes multiplicadores;
- Ação extramuros com visitas nos vazios assistenciais para divulgação e informações quanto ao cuidado em saúde;
- Realização de palestras educativas na UBS para gestantes, crianças e idosos voltadas para a atualização do calendário vacinal, oportunizando informações sobre a vacina.

Desse modo, obtivemos maior procura da população da zona leste no decorrer do ano, promovendo o alcance do 4º lugar no Previne Brasil, impulsionada pelas ações do distrito Leste na cidade de Manaus. Além disso, atingimos, em 2023, um percentual de 67,29% no primeiro quadrimestre e 86,06% no terceiro quadrimestre na cobertura vacinal de Poliomielite inativada e Pentavalente nas crianças menores de 1 ano.

Além de participação ativa no atendimento nas escolas da região com a distribuição da vacinação das crianças e os adolescentes, ainda tivemos maior alcance das metas vacinais aos grupos prioritários da campanha Influenza, com enfoque nos profissionais da educação, gestantes, trabalhadores da saúde, população infantil de 6 meses a 5 anos, puérperas e idosos.

**Figura 2.** Vacinação de ação estratégica em vazio assistencial



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

## Considerações Finais

---

A qualidade do andamento do trabalho junto à comunidade e as parcerias nos auxiliaram na melhoria da cobertura vacinal, alcançando aquelas pessoas que ainda permanecem com pouco acesso aos cuidados em saúde. Ainda há muito para garantir a cobertura para a população que reside no território, mas entendemos que as ações de saúde e a ética do cuidado, juntamente com estratégias adequadas e diversificadas poderão vencer as resistências e as barreiras da vacinação.

Cada experiência se torna importante para analisar a realidade vivida na AB, possibilitando reflexões, planejamentos e engajamento para enfrentamos todas as dificuldades de um território periférico, marcado pelas desigualdades e ausência de direitos. Reconhecemos que os determinantes sociais como as questões políticas, sociais, econômicos, culturais e educativos perpassam os modos de vida e interferem na qualidade de vida e saúde da população. No entanto, as ações e campanhas de vacinação promovem a saúde a todos os cidadãos. Ainda é pouco, em vista a vasta necessidade do território, mas com as ações de saúde podemos colocar a presença do estado e das políticas de saúde nesse lugar de tantas ausências.

## Referências

---

- Barbosa, S. M., & Bilotta, P. (2023). Evidências do Impacto da Vulnerabilidade Socioeconômica no Agravamento da Pandemia por Covid-19 na Cidade de Manaus. *Fronteira: Journal of Social, Technological and Environmental Science*, 12(1), 123-133.
- Barcellos, C. (2019). *Adaptação, vulnerabilidades e saúde nas metrópoles*. Pedro Torres Pedro R. Jacobi Fabiana Barbi Leandra R. Gonçalves, 60.
- Benício, J. A. (2023). *Imunização infantil na atenção primária em saúde: hesitação vacinal entre pais e perspectiva de profissionais*.
- Brasil. (2024). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, – 2.ed. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Cardoso, A. C. G., de Oliveira Florêncio, L. B. F., Marques, R. D. R., da Silva Pereira, L. P., & Silva, J. D. L. (2018). Acolhimento na sala de vacina: a chave para o êxito da vacinação. *Gep News*, 1(1), 105-109.
- Faria, R. M. D. (2020). A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4521-4530.
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/governador-jorge-teixeira/panorama>.
- Leite, B. M. B. (2011). *Visita domiciliária na atenção à saúde: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza*.
- Moura, E. C., Santos, C. R. D., Atzingen, D. A. N. C. V., & Mendonça, A. R. D. A. (2021).

- Vacinação no Brasil: reflexão bioética sobre acessibilidade. *Revista Bioética*, 28, 752-759.
- Nunes, P. D., & Ribeiro, G. D. R. (2023). Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e31.
- Siqueira, L. das G., Martins, A. M. E. de B. L., Versiani, C. M. C., Almeida, L. A. V., Oliveira, C. da S., Nascimento, J. E., Alecrim, B. P. A., & Bezerra, R. C.. (2017). Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais. *Epidemiologia E Serviços De Saúde*, 26(3), 557–568.
- Silva, T. M. R. & Sá, A. C. M. G. N. (2024). Desafios da cobertura vacinal no brasil: *fake News* e desigualdades. CONASS. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/379619508\\_Desafios\\_da\\_cobertura\\_vacinal\\_no\\_Brasil\\_fake\\_news\\_e\\_desigualdades](https://www.researchgate.net/publication/379619508_Desafios_da_cobertura_vacinal_no_Brasil_fake_news_e_desigualdades)
- Souza, M. C. C., Silva, L. R., da Silva Santos, D. A., & Goulart, L. S. (2023). Adesão à imunização infantil no Brasil: uma revisão narrativa. *Scientific Electronic Archives*, 16(7).



# ESTRATÉGIAS PARA O AUMENTO DA COBERTURA VACINAL EM MENORES DE 1 ANO: município de Manicoré, AM

Josely Maria Brandão Colares  
Maria Adriana Moreira  
Liliane da Silva Soares  
Mariles da Silva Bentes  
Alexsandro Felix de Oliveira  
Sabrina Araújo de Melo

## Introdução

---

A vacinação é considerada uma das mais relevantes e consolidadas intervenções em saúde pública no mundo. Representa a principal estratégia de promoção, proteção e prevenção das doenças imunopreveníveis sendo um procedimento de menor custo com maior efetividade (Costa *et al.*, 2022).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 com o objetivo de impulsionar o controle das principais doenças infectocontagiosas daquela época: sarampo, poliomielite, tuberculose, tétano, difteria e coqueluche (Araújo *et al.*, 2022; Koehler & Santos, 2017). O PNI coordena a política nacional de vacinação da população brasileira, visando o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis, tendo a responsabilidade de integrar as informações de vacinação de todo o país. Existem várias vacinas disponíveis e algumas em desenvolvimento, que são disponibilizadas nas unidades de saúde das redes públicas e privadas do país. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferta 19 vacinas de rotina e 2 de campanha para mais de 20 doenças (Araújo *et al.*, 2022).

O desfecho do PNI e sua crescente complexidade ainda passa por obstáculos para a continuação das vacinas. À proporção que as pessoas não convivem mais com mortes e incapacidades ocasionadas pelas doenças imunopreveníveis, passam a não mais enxergar o perigo que essas doenças retratam para sua própria saúde, para os membros de sua família, e para a comunidade, assim como, o medo dos eventos adversos e divulgações de informações falsas sobre os imunobiológicos (Domingues *et al.*, 2019).

O Brasil é o precursor da inserção de diversas vacinas no calendário do SUS, é um dos poucos países no mundo que oferecem de maneira universal um rol extenso e completo de imunobiológicos. Apesar disso, a alta taxa de cobertura vacinal, que sempre foi sua característica fundamental, vem decaindo nos últimos anos. Um exemplo é a baixa adesão nas campanhas vacinais por tipos de imunobiológicos principalmente em crianças <1 ano de idade e adultos (Brasil, 2014).

A cobertura vacinal é o indicador que estima a proporção da população alvo vacinada e supostamente protegida contra determinadas doenças (Brasil, 2014). Nesse contexto, é importante que haja estratégias voltadas para o alcance da cobertura vacinal no município, principalmente em áreas de difícil acesso, como em áreas ribeirinhas. Com isso, as ações realizadas para proporcionar o aumento da vacinação em crianças menores de 1 ano são de suma importância, tendo em vista, a prevenção e promoção da saúde.

O município de Manicoré pertence à mesorregião do Sul do Amazonas e microrregião do Madeira. Está localizada a 333 km em linha reta de Manaus (via aérea) e 421 km via fluvial. Possui uma população estimada de 57.405 habitantes. A área territorial é de 48.315,023 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica de 1,2 habitantes por km<sup>2</sup> sendo o décimo oitavo maior município do Brasil em área e o décimo primeiro do Amazonas. Sua população está dividida entre a zona rural e urbana. O município possui em área urbana 09 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 07 Estratégias



de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), 03 ESF no Distrito de Matupi. Atualmente, o município dispõe de 25 vacinadoras, sendo 10 na zona urbana, 12 na zona rural e 03 no Distrito de Matupi e Maravilha.

A vacinação desempenha um papel fundamental no controle e prevenção de diversas doenças infecciosas, sobretudo em áreas de difícil acesso, como as ribeirinhas. Nesse contexto, o objetivo desse trabalho foi demonstrar as estratégias utilizadas pelas equipes de saúde do município de Manicoré para o aumento da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano, assim como de adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas.

## **Estratégias utilizadas para o aumento da cobertura vacinal**

---

Desde 2021, adotamos algumas estratégias para mobilizar e aumentar a cobertura vacinal no município, principalmente referente as vacinas: Pentavalente, Tríplice D1, Poliomielite e pneumocócica que fazem parte do esquema vacinal em menores de 1 ano. As estratégias adotadas foram: a vacinação porta a porta com o objetivo de levar a vacinação mais acessível e próxima da população e alcançar o maior número de indivíduos possível; a capacitação de profissionais da saúde para administrar de forma correta e eficaz os esquemas vacinais na população; treinamento para os profissionais em relação ao preenchimento correto da caderneta de vacina; implantação de sistemas de informação para realizar o cadastro e monitoramento contínuo dos esquemas vacinais das famílias, assim como inserção correta de dados no sistema; ademais, foram realizadas oficinas educativas e a busca ativa de crianças em áreas ribeirinhas de difícil acesso e divulgação das ações realizadas em mídias sociais.

Das estratégias adotadas, as que surtiram mais efeito foram a vacinação porta a porta e a implantação dos sistemas de informação e monitoramento contínuo dos cadastros e doses aplicadas. Através destas estratégias, conseguimos

avançar de 24% para 76% nos primeiros dois anos de implementação das ações de acordo com dados do Previne Brasil do ano de 2022. No terceiro quadrimestre de 2023 alcançamos 99% de cobertura vacinal (Figura 1).

**Figura 1.** Evolução do Indicador 5 - Proporção de Crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na Atenção Primária a Saúde (APS) contra Difteria, tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por haemophilus influenza e tipo b e Poliomielite inativada.



Fonte: Previne Brasil, 2023.

Em relação a estratégia de capacitação dos profissionais, observamos melhora significativa no cadastro do sistema de Prontuário Eletrônico (PEC) principalmente das crianças menores de um ano, onde antes ocorria grandes falhas, como por exemplo informações incompletas por partes dos profissionais que realizam os cadastros ocasionando a não migração das vacinas realizadas, isso por sua vez, era um grande problema em relação aos indicadores. Utilizamos também ações de divulgação através de mídias audiovisuais nas redes sociais por meio de *podcasts*, carros volantes e distribuição a todos os profissionais da saúde o Kit “Imuniza Manicoré” com intuito de divulgar a importância da vacinação. Além disso, foi realizado curso

“Aprendendo a ser Vacinador” cujo objetivo foi capacitar os profissionais da saúde para atuarem em salas de vacina (Figura 2), e treinamento sobre orientações de preenchimento correto da caderneta de vacina (Figura 3) para atuarem nas estratégias de vacinação nas áreas ribeirinhas. Essas ações repercutiram positivamente aumentando a procura dos usuários pela vacinação e melhorando os indicadores de saúde do município.

**Figura 2.** Capacitação dos Técnicos de Enfermagem para atuarem em salas de vacina.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

**Figura 3.** Orientações para enfermeiros, técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o Censo Vacinal e o preenchimento correto da caderneta de vacina.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Em 2020 foi introduzido o SIPNI ONLINE nas salas de vacinas para registrar as doses de Campanha Covid 19 e Influenza. Com a implantação dos sistemas de informação, devido à falta de habilidades de alguns profissionais junto ao computador, verificamos a possibilidade de treinamentos e orientações junto as equipes, a fim de capacitá-los para uso de tal (Figura 04). Nesse sentido, realizamos educação continuada com frequência junto as vacinadoras. Realizamos também um monitoramento contínuo junto as equipes na ponta que realizam as buscas em área e juntamente com as que lançam as doses no sistema corretamente, observando os cadastros de cada estratégia (Figura 5). Além disso, implementamos o monitoramento a nível das três esferas, municipal (Help SUS), estadual juntamente a Coordenação do Estado e a nível Federal junto ao Ministério da Saúde (PEC e SISAB) (Figuras 6 e 7).

Com a implantação dos sistemas de informação foi possível realizar o monitoramento contínuo por meio dos cadastros realizados e do esquema vacinal das famílias. O reflexo disso foi que em 2021 apenas 24% das crianças menores de 1 ano tinham a cobertura vacinal, e atualmente essa população possui uma cobertura de 99%. No entanto, vários obstáculos foram encontrados, como a indisponibilidade e/ou instabilidade na rede de internet em alguns territórios, falta de energia, dificuldade em cadastrar usuários por falta de documentos, endereço sem definição certa e familiar que não assume paternidade, recusa da vacina pelo próprio usuário ou por parte do familiar responsável e difícil acesso as comunidades ribeirinhas nos momentos de seca dos rios.

**Figura 4.** Treinamento das vacinadoras sobre a utilização dos sistemas Help SUS, PEC e SISAB com a Coordenadora de Sistemas de Informação.



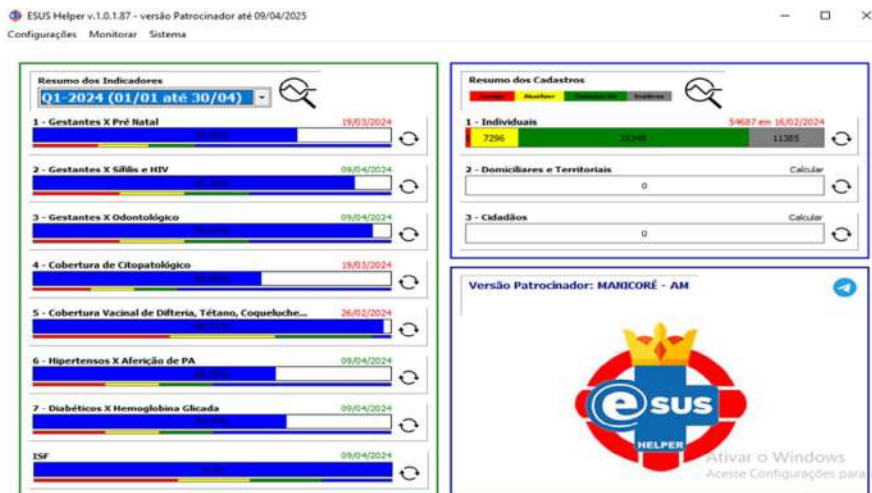
Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

**Figura 5.** Treinamento das vacinadoras sobre a utilização dos sistemas Help SUS, PEC e SISAB com a Coordenadora do Programa Municipal de Imunização.



Fonte: Arquivo pessoal, 2024.

Figura 6. E-SUS Helper – Sistema de Informação Municipal.



Fonte: SEMSA – Manicoré, 2025.

Figura 7. SISAB – Resultado do Previne Brasil por Quadrimestre do Município de Manicoré.



Fonte: SEMSA – Manicoré, 2025.

Em relação as ações de saúde na área ribeirinha, foi realizada na Comunidade de Nazaré (Distrito do Capanazinho) uma Oficina Chamada Projeto Amazônia Solidária coordenada pelo pesquisador Júlio Cesar Schweickardt, em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia (Figura 08). A oficina foi realizada em dois períodos na comunidade, nos dias 17 e 18 de março e dia 24 de maio de 2023, com envolvimento de comunitários, profissionais de saúde e líderes das comunidades do Distrito. Essa oficina foi desenvolvida com o objetivo de identificar fatores que impactam no aumento da cobertura vacinal nos territórios e levantar estratégias, por meio da participação social e metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS), para melhorar a comunicação e divulgação científica a partir dos atores sociais e institucionais da comunidade.

Durante a Oficina do Projeto Amazônia Solidária foi realizado um levantamento com representantes de comunidades locais com intuito de identificar as dificuldades encontradas pelos comunitários em relação ao acesso a vacinação e outras questões de saúde pública. Houve a participação dos comunitários nas reuniões de orientações das atividades, os quais mostraram apoio no planejamento das atividades a serem executadas no distrito. Assim como, articulação com os atores estratégicos para adesão ao projeto, além da atuação na mobilização dos comunitários e profissionais de saúde das comunidades para participação nas oficinas e monitoramento da cobertura vacinal no território. Ademais, os comunitários atuaram de forma complementar na elaboração e difusão das estratégias de comunicação sobre a importância da vacinação.

**Figura 8.** Oficina do Projeto Amazônia Solidária em parceria com o Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia realizada na Comunidade de Nazaré (Distrito do Capanazinho) nos dias 17 e 18 de março e dia 24 de maio de 2023.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.

Foi realizada ainda nas áreas ribeirinhas a busca ativa de crianças menores de um ano de idade e adultos com o objetivo de vacinar e consequentemente aumentar a cobertura vacinal nessas áreas (Figura 9).

**Figura 9.** Vacinação de crianças e adultos nas áreas ribeirinhas.



Fonte: Arquivo pessoal, 2023.



## Considerações finais

---

O aumento da cobertura vacinal vem enfrentando diversos desafios ao longo dos anos, principalmente no período pós-pandemia de Covid-19, o qual observamos uma diminuição na procura por vacinas e aumento de *fake News*, o que favoreceu a baixa cobertura vacinal. Neste trabalho, mostramos as estratégias adotadas juntamente com as dificuldades enfrentadas para melhorar a cobertura vacinal na população do município, sobretudo em crianças menores de 1 ano e indivíduos de áreas ribeirinhas de difícil acesso.

O SUS é para todos e o programa de imunização está disponível para os brasileiros independente de raça ou cor. O acesso a vacinação possibilita uma melhor qualidade de vida, garantindo a prevenção de muitas doenças imunopreveníveis. O aumento da cobertura vacinal em nosso município foi uma conquista de todos para todos, garantindo assim a erradicação e minimização de várias doenças que antes ameaçavam a saúde da nossa população. Esperamos nos próximos anos alcançar a meta de 100% na cobertura vacinal e assim contribuir para uma saúde pública de excelência para todos.

## Referências

---

- Araújo, G. M., Silva, D. C. G. da, Carneiro, T. A., Neves, W. C., & Barbosa, J. de S. P. (2022). importância da vacinação como promoção e prevenção de doenças: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 19, e10547. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e10547.2022>
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, B. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Disponível: <http://editora.saude.gov.br>
- Costa, P., Santos, P., & Vieira, L. (2022). *Estratégias para aumentar a cobertura vacinal: overview de revisões sistemáticas*. Goiânia: Governo de Goiás. Disponível: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391037/estrategias-para-aumentar-a-cobertura-vacinal-overview-de-revi\\_bs9LFL7.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1391037/estrategias-para-aumentar-a-cobertura-vacinal-overview-de-revi_bs9LFL7.pdf).

- Domingues, C. M. A. S., Fantinato, F. F. S. T., Duarte, E., & Garcia, L. P. (2019). Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. In *Epidemiologia e Serviços de Saúde* (Vol. 28, Issue 2). Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200024>
- Koehler, M. C., & Santos, E. P. dos. (2017). O calendário de vacinação brasileiro e as estratégias para imunização da população. In *Rede de frio: gestão, especificidades e atividades* (pp. 47–78). Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9786557080962.0004>

# OS DESAFIOS DE IMUNIZAR E MANTER OS INDICADORES EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: município de Tefé, AM

Elines Alves Moura da Silva  
Lecita Marreira de Lima Barros

## Introdução

---

Tefé possui um território de 23.808 quilômetros quadrados. No Município, reside uma população de 73.669 habitantes, segundo o censo do IBGE/2022 (IBGE, 2022). Segundo cadastro municipal E-SUS/Atenção Básica, 80% destes, residem na zona urbana e 20% na zona rural distribuídos em 148 comunidades e 42 localidades (Brasil, 2023). As comunidades se definem pela concentração de um maior número de pessoas. As localidades são sítios ou propriedades com casas dispersas.

O município está situado no Médio Solimões, distante da capital Manaus 516 Km em linha reta e 633 Km por via fluvial. O Município abriga a 16ª Brigada de Infantaria de Selva “Brigada das Missões”, e a cidade concentra importantes serviços públicos na área da saúde, educação, serviços bancários e comerciais que são procurados pela população rural e por moradores de municípios vizinhos, o que faz do município um polo regional.

Nos anos anteriores a Pandemia da Covid-19, os indicadores do Programa de Imunização em crianças menores de ano e um ano de idade, eram alcançados regularmente, como mostram os dados da cobertura vacinal dos Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA VS. Nos três anos avaliados, anteriores a pandemias, todos os

indicadores estão acima de 100%, como mostra o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) (Brasil, 2019).

Em 2017, para uma população de 1585 crianças, obteve-se os seguintes resultados: PENTA: 1687 doses aplicadas (106,44%); PNEUMO 10: 1803 doses aplicadas (113,75%); VIP: 1672 doses aplicadas (105,49%); TRIPLICE VIRAL: 1845 doses aplicadas (116,4%). Em 2018, para uma população de 1676 crianças, obteve-se os seguintes resultados: PENTA: 1918 doses aplicadas (114,44%); PNEUMO 10: 2013 doses aplicadas (120,11%); VIP: 1903 doses aplicadas (113,48%); TRIPLICE VIRAL: 2055 doses aplicadas (122,61%). Em 2019, para uma população de 1763 crianças, obteve-se os seguintes resultados: PENTA: 2461 doses aplicadas (139,59%); PNEUMO 10: 2741 doses aplicadas (155,47%); VIP: 2649 doses aplicadas (150,26%); TRIPLICE VIRAL: 2645 doses aplicadas (150,03%) (Brasil, 2023).

Esses resultados demonstram a eficiência das ações frente aos desafios naturais (condições climáticas e geográficas adversas característicos da Região Amazônica), desafios logísticos e infraestrutura. Com o advento da pandemia o cenário foi alterado e as dificuldades foram potencializadas, exigindo esforços redobrados do Programa Municipal de Imunização – PMI para realizar as atividades de vacinação de rotina, campanhas nacionais, municipais e desenvolver estratégias para vacinar o maior número possível de pessoas dos grupos prioritários e demais cidadãos suscetíveis a Covid-19.

A vacinação dos grupos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde para Covid-19,

impôs às equipes a obrigação de vacinar com urgência as pessoas mais suscetíveis aos vírus, e populações de localidades mais distantes e de difícil acesso. No início da pandemia, por exemplo, não se podia administrar as vacinas do calendário nacional simultânea a vacina da Covid-19, gerando dificuldades em garantir no tempo hábil a segunda dose da vacina, seja pela distância entre os territórios, seja pelo alto custo logístico. Essas condições causaram certas

limitações em termos de cobertura, afetando diretamente nos resultados da vacinação de rotina, campanha do sarampo, da pólio e da influenza.

Além dos desafios já citados, a SEMSA, no contexto da pandemia, se deparou com a insuficiência de vacinadores para ampliar o número de postos de vacinação necessários para atender o maior número de pessoas no mesmo período, somado a falta de infraestrutura adequada em instalações, destinados ao atendimento da demanda que procuravam o serviço de saúde ao mesmo tempo.

**Figura 1 e 2.** Período de enchente em Tefé.



Fonte: Arquivo Semsas Tefé, 2024.

Além desse contexto, as ações estratégicas de vacinação se desenvolveram em um ambiente regional de seca e cheia; terra firme e terra de várzea; nas florestas; nos rios; nos lagos e igarapés. Essas condições, obrigaram o sistema de vigilância local a desenvolver uma abordagem de saúde preventiva, com uma dinâmica bastante peculiar, porém, respeitando as determinações do Programa Nacional de Imunização (PNI). “A Amazônia ribeirinha desafia os modos de fazer saúde, mas também produz inovações que somente são possíveis na região. Foi por causa desse território que se criou processos de trabalho e tecnologias próprias para o cuidado da população” (Schweickardt *et al.*, 2021).

**Figura 3.** Período de seca, deslocamento da equipe em Tefé.



Fonte: Arquivo Semsas Tefé, 2024.

## **Breve histórico da vacinação no município na pandemia de Covid-19**

---

A principal porta de entrada para o vírus da Covid-19 no município de Tefé foram os portos, via embarcações que fazem linha para Manaus, mas também pelos voos diários quando chegam visitantes de todo país, seja pelo turismo ou pesquisas nacionais e internacionais e atividades militares. O primeiro caso da doença foi diagnosticado no município dia 07 de abril de 2020, em uma moradora de Manaus. A pessoa manifestou os sintomas da doença quando em passagem pelo município. O primeiro caso autóctone foi diagnosticado em um homem nesse mesmo mês.

A primeira dose de vacina aplicada contra a Covid-19 ocorreu no Reino Unido dia 08 de dezembro de 2020, um mês depois, dia 17 de janeiro de 2021, o Brasil estava aplicando sua primeira dose em São Paulo como informa o Instituto BUTANTAN (Brasil, 2022). No Município de Tefé,

estado do Amazonas, os primeiros lotes de vacinas chegaram dia 20 de janeiro de 2021. Nesse mesmo dia deu-se início a campanha de vacinação, conforme Programa Municipal de Imunização PMI/SEMSA, três dias após aplicação da primeira dose em São Paulo (Tefé, 2023).

Nessa primeira fase, foram recebidas 1873 doses de vacina CoronaVac. No dia 30 de janeiro de 2021, o município recebeu mais 2350 doses de Astrazênica para completar a primeira fase e dar início a segunda fase de vacinação. Criou-se um vacinômetro para acompanhar a evolução dos números de doses aplicadas. O Ministério da Saúde (MS) criou critérios para vacinação, sendo os primeiros as pessoas dos grupos prioritários: profissionais da saúde, idosos, seguidas das pessoas com comorbidade.

## **Desafios, estratégias e prioridades**

---

A imunização é uma das principais medidas de prevenção, necessárias para proteger os indivíduos e controlar a disseminação de doenças. Sejam em regiões com grande densidade e concentração populacional como ocorre nas grandes cidades, ou pouca densidade demográfica e concentração populacional como ocorre na região amazônica. No entanto, para o processo de imunização seguro e a vacinação eficaz deve desenvolver ações estrategicamente planejadas, sobretudo em tempos adversos como nos anos da pandemia.

Durante este período, os desafios foram os seguintes: implementar uma logística eficiente; armazenamento adequado; monitoramento; distribuição e abastecimentos; alinhamento estratégico a nível de gestão e coordenações; investimentos em recursos e tecnologia; aprender lidar com uma nova vacina, além da preocupação de seguir as orientações das notas técnicas sobre não administrar simultaneamente as vacinas contra a Covid-19 e as vacinas do calendário nacional.

Durante a pandemia, o Município de Tefé reorganizou a rede de saúde com ênfase na prevenção, ajustando os processos de trabalhos para atender equitativamente a população urbana e rural de forma mais eficiente possível. Estrategicamente, ampliou-se o número de postos de atendimento, houve descentralização do serviço, ampliação do horário de atendimento semanal nas UBS e horário estendido aos finais de semana. Essas estratégias, possibilitaram a oportunidade de vacinação dos diversos grupos de pessoas, principalmente trabalhadores sem disponibilidade de se vacinarem no período diurno.

A comunicação e a mobilização social junto às campanhas de vacinação tiveram um papel decisivo no arrefecimento da pandemia no município. Iniciativas como mutirões de vacinação nas praias, praças, porto, aeroporto, escolas, estabelecimentos comerciais, *Drive- thru*, que oportunizaram a vacinação para todos os grupos e faixas etárias, aptos a receberem a vacina. As campanhas intensificaram as atividades de rotina com busca ativa casa a casa através das equipes de saúde da família. Foi a maior estratégia já realizada com os ACS, havendo recompensa de premiações para as equipes que obtiveram o alcance das metas estabelecidas.

O Drive-thru, oportunizou aos idosos, pessoas com necessidades especiais e comorbidades de receberem a vacinação em trânsito. A comunicação e a mobilização social para conscientização da população, foram realizadas através das rádios, carro volante, redes sociais e durante as visitas dos ACS nas casas dos comunitários.

As estratégias ainda incluíram a capacitação de profissionais em vacinação; ampliação das equipes da estratégia da saúde da família como, por exemplo, a contratação de mais técnicos em enfermagem conforme cadastro no [cnes.datasus.gov.br](https://cnes.datasus.gov.br) (Brasil, 2021), e a garantia de suporte logístico para aquisição de vacinas. Nesse quesito a prefeitura disponibilizou e custeou o serviço para ficar totalmente à disposição da SEMSA a



qualquer dia da semana, havendo necessidade. Além das lanchas para o transporte fluvial, houve também aluguel de aeronaves para transportar os imunobiológicos e disponibilizar a vacina para população, de acordo com o planejado. Foi estabelecido como prioridade, a vacinação nas comunidades ribeirinhas no período das cheias, pois no período da estiagem, o acesso a essas comunidades ficaram impossibilitados por meio de embarcações de médio poste, a exemplo da UBS Fluvial. Até mesmo através de pequenas embarcações do tipo canoa não se conseguia acessar algumas localidades porque os rios, lagos e igarapés secaram.

Com dificuldades de mobilidade das embarcações no período da estiagem, foi necessário percorrer longas distâncias a pé. Para ajudar na superação desses obstáculos, foi preciso informar a população sobre as campanhas pelas mídias sociais e rádios locais com alcance as comunidades rurais, quebrando as barreiras da comunicação para vacinar as famílias isoladas.

Diante disso, adotou-se a estratégia de aumentar o número de atendimento durante o período de cheia dos rios, com a expansão do número de viagens, para atender as comunidades ribeirinhas, de modo a garantir o acesso à vacinação em tempo oportuno dessa população, de acordo com o calendário vacinal. Importante salientar que durante as cheias dos rios, quando as comunidades e localidades rurais se tornam mais acessíveis, as campanhas se intensificam, pois os rios, lagos, igarapés, furos e igapós se tornam estradas na imensidão da floresta. “Periodicamente a água dos rios da Amazônia transbordam dos seus leitos e invade as áreas marginais, inundando-as em diferentes graus de intensidade” (Soares *et al.*, 2020). Durante a cheia lagos, igarapés, paranás e furos dão acesso as terras de várzea inacessível no período da seca.

Além dos ribeirinhos, outros grupos tidos como prioritários, foram aqueles considerados como os mais vulneráveis: profissionais de saúde, idosos e pessoas com comorbidades, crianças, trabalhadores essenciais e

pessoas com alto risco de exposição as doenças. Essa situação, impôs ao PNI local, a adoção de algumas medidas heterodoxas, como vacinar de modo improvisado, percorrendo os caminhos das roças e as veredas no meio da floresta, para vacinar o caboclo no seu local de trabalho, como o ato de vacinar os ribeirinhos dentro das canoas (canoa thru) as margens dos rios, visando uma cobertura vacinal homogênea e equitativa.

**Figura 4.** Desafios da vacinação em Tefé: Veredas da Florestas, Igarapé, nos caminhos da roça e das águas.



Fonte: Arquivo Semsas Tefé, 2024.

## **Indicadores e cobertura vacinal - Covid-19**

---

A tabela um (1) apresenta a quantitativo populacional e o percentual da cobertura vacinal relativos ao número de doses aplicadas contra a Covid-19, anos 2021 a julho de 2023. Os números referentes ao quantitativo populacional para cobertura vacinal, estabelecido pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), de acordo com o Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), cujo,

total eram 59.547 pessoas a serem imunizadas com a primeira e segunda doses de vacinas.

A tabela demonstra que entre 2021 e 2023, a cobertura vacinal com a primeira dose foi de 115% e com a segunda dose foi de 83,3%. A cobertura total nesse período foi de 97%. A cobertura vacinal com a primeira dose demonstra um alcance de mais de 100% em relação a população total, com percentual 15% acima do preconizado. Isso se justifica pelo fato de pessoas oriundas de outros municípios, buscarem assistência médica em Tefé, que é um município polo, além de pessoas que estavam em trânsito no município e ficaram retidas. Impedidas de voltar ao seu lugar de origem por causa do fechamento no período da pandemia, muitas se vacinaram no Município como informa a Fundação de Vigilância em Saúde (FVS).

**Tabela 1.** Cobertura vacinal da Covid-19 anos 2021 a 2023.

População Total	Cobertura 1ª Dose	Cobertura 2ª Dose	Cobertura Total
59.547	115%	83,3%	97%

Fonte: FVS - Fundação de Vigilância em Saúde – AM, 2024.

Na segunda dose, observa-se que 16,7% do total do público-alvo a serem vacinados, não foram alcançados nesse período. Segundo a Coordenadoria do Programa Municipal de Imunização (PMI), isso está relacionado ao tempo estabelecido entre o intervalo da primeira e segunda dose. Para Coronavac do Instituto Butantam, o intervalo é de 21 a 28 dias; e para Astrazênica da Fiocruz, o intervalo é de quatro a doze semanas.

As pessoas que tomaram a primeira dose deveriam esperar o intervalo preconizado por cada laboratório para tomarem a segunda dose na data estabelecida. Nesse intervalo, as pessoas também podem ter se vacinado em outros municípios. A cobertura total de 97% do público-alvo com a primeira e a segunda dose, significa que as ações estratégicas

contra a Covid-19 se mostraram eficientes para cobertura vacinal, e foram fundamentais para vacinar o maior número de pessoas, diminuir os casos de Covid-19, número de internações e evitar óbitos. Somando os dados de 2021 a 2023, observa-se um resultado significativo, apesar do recrudescimento da pandemia em 2021 e 2022, exigindo maior concentração de esforços e medidas estratégicas de vacinação contra a Covid-19.

## Indicadores do PQA VS

---

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA VS) têm por objetivo induzir a melhoria do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde. Esse programa trabalha com metas de indicadores nas áreas que compõem a Vigilâncias em Saúde. A vigilância em saúde é um componente fundamental da saúde pública que se concentra na coleta, análise, interpretação e divulgação de dados relacionados à saúde de uma população. Seu principal objetivo é monitorar e controlar a disseminação de doenças, identificar surtos e tendências de doenças e fornecer informações essenciais para a tomada de decisões.

A tabela dois (2) apresenta o número da população de crianças para o indicador do PQA VS e o percentual de doses aplicadas com as vacinas desse indicador, preconizado pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre os anos de 2020 e 2022.

**Tabela 2.** Cobertura vacinal dos Indicadores do PQA VS (%)

ANO	POP	PNEUMO	PENTA	POLIO	TV D1
2020	1763	137.55	112.14	125.52	125.52
2021	1927	91.7	86.25	84.9	84.95
2022	1792	105.19	102.12	101.51	90.29

Fonte: Sistema de Informação do Programa nacional de Imunização – SIPNI, 2024.

O indicador do PQAVS demonstra que, em 2020, a cobertura vacinal foi de 1763 crianças. Nesse período a vacina PNEUMO teve percentual de 137.55% de doses aplicadas sobre a população de crianças, 37.55% a mais em relação a população preconizada. A vacina PENTA teve percentual de 112.14% de doses aplicadas, 12.14% além do preconizado. A vacina POLIO teve percentual de 125.52% para doses aplicadas, 25.52% além do preconizado. A vacina TV D1 teve percentual de 125.52% de doses aplicadas, 25.52% além do preconizado.

Em 2021, a população para cobertura vacinal foi de 1927 crianças. Nesse período, a vacina PNEUMO teve percentual de 91.7% de doses aplicadas sobre a população, 8.3% abaixo do que foi preconizado. A vacina PENTA teve percentual de 86.25% de doses aplicadas, 13.75% abaixo do preconizado. A vacina POLIO teve percentual de 84.9% de doses aplicadas, 15.1% abaixo do preconizado. A vacina TV D1 teve percentual de 84.95% de doses aplicadas, percentual 15.05% abaixo do preconizado.

Em 2022, a cobertura vacinal foi 1792 crianças. Nesse período, houve cobertura de 105.19% de doses aplicadas da vacina PNEUMO, 5.19% mais do que foi preconizado. Com a vacina PENTA houve cobertura de 102.12% de doses aplicadas sobre a população, 2.12% além do preconizado. O percentual de doses aplicadas da vacina POLIO foi de 101.51% sobre a população, 1.51% a mais do preconizado. A cobertura com a vacina TV D1 foi de 90.29% para doses aplicadas, com percentual abaixo, 9.71% do que foi preconizado.

Os dados demonstram que, em 2020, já em um contexto de pandemia, os números de doses aplicadas superaram as metas do indicador do PQAVS em todas as vacinas. Isso demonstra que as ações estavam acontecendo de acordo com as programações e de maneira eficiente. Importante ressaltar que em 2020 ainda não estava incluído nas ações, a vacinação contra a Covid-19. Os percentuais indicam que em tempos de normalidade, é possível alcançar as metas e manter a eficácia da vacinação.

Em 2021, o número da população de crianças sobe de 1763 para 1927, tendo um aumento de 164, número pouco expressivo. Nesse período houve uma redução no percentual de doses aplicadas em todas as vacinas do indicador do PQAVS. Essa redução está relacionada ao recrudescimento da pandemia e a inclusão da vacina contra Covid-19. Essa inclusão obrigou o PNI local redirecionar as ações e desenvolver estratégias, tendo como prioridade a vacinação para cobrir os grupos prioritários suscetíveis ou vulneráveis a Covid-19, causando arrefecimento nas outras vacinas. As ações que previam a cobertura apenas com as vacinas do calendário nacional, deve lidar agora com mais um agravamento.

Mesmo havendo redução nas variáveis de vacinação em 2021, deve se levar em conta o esforço para vacinar tanto contra a Covid-19, com as vacinas dos indicadores do PQAVS e do calendário nacional. Os resultados nesse período, embora não tenha alcançado 100% da população de crianças, ainda assim denotam eficiência nas ações estratégicas adotadas no contexto da pandemia.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde, informa que em 2022 a população do indicador do PQAVS foi de 1792 crianças. Nesse ano, observa-se uma redução de 135 crianças em relação ao ano 2021, cuja população era de 1927. Ainda assim, essa população permanece maior em 29 crianças se comparado com o ano 2020, cuja população era de 1763.

Essas informações são importantes para mostrar que as variáveis no quantitativo de crianças nos anos em análise, têm pouca relevância em termos de impacto nos resultados. O resultado mais significativo, é de 2021, quando houve recrudescimento da pandemia, exigindo maior concentração de esforços com medidas estratégicas de vacinação contra a Covid-19.

Em 2022 os percentuais indicam que as ações estratégicas operacionalizadas nesse ano, conseguiram superar os desafios impostas pela pandemia, e as doses aplicadas com as vacinas dos indicadores do PQAVS foram positivas, com exceção da vacina Tríplice Viral. Essa diferença de 9.71% na TV, se deve principalmente à redução na quantidade de doses dessa vacina repassadas no último quadrimestre. Para uma população de 1792 crianças, as doses aplicadas da vacina PNEUMO foram superiores 105.19%; as doses aplicadas da vacina PENTA alcançaram 102.12%; com a vacina POLIO se alcançou 101.51% e com a vacina TV foram alcançados 90.29% das crianças. A análise mostra em termos percentuais, que, em 2022, houve importante recuperação, resultado das ações empreendidas.

## **Considerações Finais**

---

Durante a pandemia, a Secretaria Municipal de Saúde adotou medidas intersetorial e interinstitucional que planejou ações para o enfrentamento da pandemia, identificando as prioridades para conciliar a vacinação contra a Covid-19 a partir calendário nacional. Desse modo, se aplicou as estratégias e meios adequados a uma vacinação segura e eficaz, buscando os indicadores em níveis satisfatórios. Durante a pandemia, o PNI local teve papel crucial na promoção das ações de vacinação com abastecimento da rede de frio e alimentação das salas de vacinas. Os resultados demonstram que o sistema de saúde local se manteve resiliente na vacinação, mitigando a Covid-19, mantendo a cobertura vacinal de rotina e dos indicadores do PQAVS. Por fim, o mais importante é que as vacinas salvam vidas no coração da Amazônia, na região do Médio Rio Solimões, no município de Tefé, estado do Amazonas.

## Referências

---

- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. *Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SIPNI*. <https://www.sipni.datasus.gov.br>. Acessado em 10 de maio de 2023.
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. *Estratégia e-SUS Atenção Primária (E-SUS/AB)*. <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em 5 de maio de 2023.
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. *Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SIPNI: Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/PQAVS>. Acessado em 10 de maio de 2023.
- Brasil. (2023). Empresa Brasil de Comunicação (EBC). *Instituto Butantan, São Paulo - SP*. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional>. Acessado em 15 de junho de 2023.
- Brasil. (2022). Governo do Estado do Amazonas. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM). Fundação de Vigilância em Saúde (FVS). *Boletim Epidemiológico: Situação Epidemiológica da COVID-19 no estado do Amazonas*.
- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde: CNES. DATASUS.GOV.BR*.
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico do Município de Tefé/2022*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/tefe.html>. Acessado em 10 de junho de 2023.
- Tefé. (2023). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenaria de Vigilância em Saúde. *Programa Municipal de Imunização – SEMSA/PMI*.
- Tefé. (2020). Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Recursos Humanos. *SEMSA/RH*.
- Soares, E. P., et al. (2020). *A arte do cuidado em saúde no território líquido: Conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas – AM*. In Caderno de Saúde Pública. Série Saúde & Amazônia (1ª ed.). Porto Alegre, RS: Rede Unida.



# PROJETO AMAZÔNIA SOLIDÁRIA: construção de Produtos de Comunicação em Saúde na Comunidade Nazaré Capanãzinho, Manicoré, AM

Alexsanderson de Souza Passos  
Júlio Cesar Schweickardt  
Tiego França de Souza  
Teila do Socorro Jacob Laborda  
Ana Geralda da Paixão Soares  
Maria Adriana Moreira  
Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

## Introdução

---

O impacto global da pandemia da Covid-19 criou desafios sem precedentes para os sistemas de saúde, economias e sociedades. O vírus SARS-CoV-2 teve origem em Wuhan, na China, no final de 2019 e espalhou-se rapidamente por diferentes continentes, causando uma emergência histórica de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), representou uma das maiores crises de saúde pública no planeta nos últimos 100 anos (WHO, 2020). No entanto, no século XXI tivemos o risco de epidemias que desafiaram as políticas públicas de saúde.

A propagação global do vírus levou à implementação de medidas sanitárias rigorosas, como o distanciamento social, o uso de máscaras e o confinamento em muitas partes do mundo. Embora necessárias, estas medidas trouxeram efeitos secundários significativos, tais como um abrandamento econômico e impactos na saúde mental das pessoas. Na

medida que as vacinas foram desenvolvidas e distribuídas, os casos graves e as mortes diminuíram gradualmente em muitos países, sublinhando a eficácia da vacinação em massa (Schweickardt *et al.*, 2023).

O Brasil é um país vasto com contorno socioeconômico diversificado e enfrenta desafios como um sistema de saúde sobrecarregado, oferta de serviços de saúde com desigualdades regionais, dificuldades logísticas na distribuição de vacinas e insumos. Além de problemas de gestão governamental e as posturas de negação científica, que produziram dúvidas e contradições sobre as orientações à população e aos serviços de saúde (Souza, Schweickardt & Ferla, 2023). Nesse contexto, não podemos esquecer das condições de vida e saúde dos povos da floresta, as comunidades ribeirinhas, os quilombolas, os extrativistas, “que possuem um outro projeto de vida para os lugares, com uma perspectiva mais coletiva e com uma condição de uso do território na relação com os outros seres e com os não humanos” (Schweickardt, Ferla, Guedes, Santos, Lemos, & Reis, 2023, p. 35).

O Brasil rapidamente passou a ser um lugar de crise sanitária pela pandemia, com a dispersão do vírus que colaborou com a contaminação comunitária, associando à demora nas tomadas das decisões, além da falta de equipamentos e insumos para os estabelecimentos de saúde (Hallal *et al.*, 2020). Com a falta de coordenação do Ministério da Saúde, os Estados e Municípios responderam à pandemia de modo diverso, de acordo com as características regionais e as disparidades locais. O estado do Amazonas foi uma das áreas mais afetadas, gerando uma crise sem precedentes, especialmente com a falta de oxigênio.

As marcas da pandemia foram profundas, especialmente para a população de Manaus e do Amazonas, quando faltou o mais básico para a manutenção da vida que foi o Oxigênio. Esta foi uma tragédia anunciada, mas que não foi escutada pelos

tomadores de decisão, enquanto isso, os mortos se acumulavam nos caminhões frigoríficos e nas valas coletivas dos cemitérios. De fato, o excesso de mortalidade mostra que eram mortes evitáveis a partir de uma coordenação de ações, de informações precisas, de compra de vacinas, de leitos e de uma gestão ética sobre as orientações (Fernandes *et al.*, 2023, p. 228).

Os fatores geográficos do Amazonas interferem nos modos de produzir o cuidado, especialmente pelo território líquido que marca a vida da população e as políticas de saúde. Assim, os locais de difícil acesso necessitam de uma logística diferenciada, adaptações das tecnologias e infraestrutura da saúde. Estas questões se constituíram em desafios importantes para o enfrentamento da pandemia no território amazônico.

Outro problema alarmante que surgiu com a pandemia foram as notícias falsas circulando sobre a doença. A pandemia de Covid-19 produziu uma quantidade significativa de informações falsas e enganosas que se espalharam rapidamente pelas redes sociais e aplicativos de mensagens, que eram compartilhadas nos grupos de amigos e familiares, gerando um grau de confiança das informações falsas. As notícias falsas afetaram o comportamento e as decisões das pessoas em relação às medidas preventivas e ao cumprimento das vacinas. A esse processo se denominou de infodemia, tornaram-se um problema importante para a saúde pública.

O Brasil se tornou um epicentro mundial da propagação de informações falsas sobre o Covid-19 desde o início da pandemia. A utilização massiva de redes sociais e aplicativos de conversas contribuíram para a disseminação de informações falsas, como suposições infundadas sobre curas milagrosas e rumores sobre vacinas. De acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) em 2020, “mais de 60% dos brasileiros receberam ou acreditaram em pelo menos uma fake News sobre a Covid-19 “. Ainda de acordo com um estudo

da Avaaz, “110 milhões de pessoas acreditam em, pelo menos, uma notícia falsa sobre a doença: uma média de 7 a cada 10 brasileiros” (Silva, 2021).

O impacto destas notícias falsas foi de grande alcance, afetaram as percepções do público sobre a gravidade do que foi a pandemia e os conselhos de saúde. Como observado, a desinformação é uma pandemia paralela que amplifica os danos causados pela Covid-19 (Mello, 2020), ao quebrar a credibilidade das instituições e incentivando comportamentos irresponsáveis, como falta de uso de máscaras e vacinação atrasada.

Na luta contra as notícias falsas sobre o Covid-19, foram tomadas várias iniciativas, incluindo campanhas de conscientização e ações judiciais contra aqueles que propagam essas informações. Ainda há muito trabalho a ser feito para garantir que as pessoas tenham acesso a informações confiáveis e precisas. Uma das estratégias mais eficazes é a educação midiática, que capacita os indivíduos a identificar e combater a desinformação. Segundo Belli e Zingano (2021), as escolas e as políticas públicas podem colaborar com educação midiática, contribuindo com o aprendizado crítico das pessoas.

A regulamentação das plataformas digitais é outra medida crucial. O Projeto de Lei “PL das Fake News” (PL 2630/2020) tem como objetivo estabelecer mecanismos para responsabilizar as plataformas que difundem informações falsas. Embora ainda haja muita discussão sobre o projeto, sua principal recomendação é a promoção e responsabilização das redes sociais sobre os conteúdos publicados (Santos, 2020). Gonzalo Vecina Neto (2021) afirma que a comunicação é uma importante estratégia para enfrentar a desinformação em crises sanitárias, especialmente num momento de intensas relações nas redes sociais. Destacando a importância de campanhas públicas que não apenas forneçam informações de forma simples e fácil de compreender, mas que desmistifiquem boatos por meio de diferentes linguagens e meios para atingir variados grupos de pessoas no Brasil.

## Desafios da vacinação nas comunidades ribeirinhas na Amazônia

---

As comunidades ribeirinhas têm uma barreira natural de acesso que são as características geográficas, mas que não devem ser obstáculo da política pública, como é o caso da oferta das vacinas por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI). A baixa cobertura vacinal nesses territórios tem como causa inúmeros fatores, como acesso geográfico, dispersão populacional, escassez de recursos e insumos. Muitas comunidades ribeirinhas no Amazonas, por exemplo, se encontram em locais de difícil acesso, especialmente quando no período de seca severa, pois, ficam isoladas e impedem o acesso das equipes de saúde até essas regiões. A logística para levar vacinas para essas localidades é complexa, pois tem alto custo e geralmente tem problemas como “dificuldades de transporte, que incluem a dependência de embarcações fluviais, a precariedade das vias de acesso e a ausência de infraestrutura de comunicação adequada” (Santos, 2019).

Além dos problemas com o transporte, há outros problemas com o armazenamento das vacinas. Em muitos casos, “a falta de eletricidade contínua nas comunidades impede a manutenção adequada da cadeia de rede de frio, essencial para garantir a eficácia das vacinas” (Oliveira & Pereira, 2020). A qualidade das vacinas pode ser comprometida, tornando-as ineficazes se não houver uma rede de frio confiável que siga as recomendações de diretrizes do programa de imunização.

A falta de informação correta sobre a vacinação constitui um grande obstáculo. Silva (2021) afirma que há uma desconfiança em relação aos processos de produção e implantação da vacinação, provocadas por informações e “mitos” difundidos nas comunidades ribeirinhas. A resistência à vacinação pode ser aumentada por líderes comunitários que possuem resistência acerca de alguns conteúdos da medicina ocidental e

seguem apenas práticas de cura tradicionais, que por sua vez são importantes e necessárias, mas que precisam estar alinhadas aos cuidados biomédicos.

A carência de recursos e o contexto geográfico muitas vezes impedem a comunicação com essas comunidades. Além disso, as campanhas de conscientização que não são adaptadas às especificidades locais, dificultam que as pessoas compreendam a importância da vacinação. Rocha (2020) afirma que uma das principais barreiras para a aceitação da vacinação é a falta de comunicação adequada e adaptada aos contextos culturais dessas comunidades.

Além disso, a dinâmica sazonal das águas torna ainda mais complexo o dever do Estado de promover o cuidado em saúde nesses territórios. A diversidade de grupos e povos que vivem na região como indígenas, quilombolas, ribeirinhos e populações urbanas que habitam periferias das grandes cidades exigem estratégias diferenciadas. Neste contexto, a criação e socialização de informações técnicas e fidedignas, balizadas pela ciência, sobre a vacinação e as estratégias não farmacológicas de enfrentamento da pandemia foram fundamentais para o engajamento popular (Schweickardt *et al.*, 2024, p. 26).

Assim, é fundamental implementar abordagens participativas e inclusivas que colaborem com o aumento da cobertura vacinal nas comunidades ribeirinhas. A questão da comunicação participativa é importante para a adesão da população às estratégias de vacinação, pois promove o engajamento e o compromisso da população com a política de saúde.

Outro fator importante, é o ajuste das campanhas de vacinação às circunstâncias locais, respeitando os costumes, crenças, culturas, utilizando a linguagem e recursos de comunicação acessíveis à população. A adesão às vacinas também pode ser facilitada na qualificação de educação permanente da equipe de saúde do território. Assim, apresentamos a experiência desenvolvida na Comunidade Nazaré do Capanãzinho, no município de

Manicoré no engajamento comunitário nas estratégias de comunicação e educação sobre as vacinas.

## **Comunidade Nazaré Capanãzinho**

---

Nazaré Capanãzinho é o lugar originário dos povos indígenas e, atualmente, é ocupado pela população ribeirinha que tem como principais atividades a caça, a pesca, a extração de leite de sorva e batata rosada, além do cultivo de açaí, mandioca, castanha e outros frutos. A comunidade tinha o nome de Primavera, sendo que em 1924, passou a ser chamada de Nazaré, em homenagem a um festejo em honra a Nossa Senhora de Nazaré, celebrado pelo senhor Crispim Cardoso da Silva. O nome atual, Nazaré Capanãzinho, foi oficializado em 1973 pelos líderes comunitários José do Nascimento Prestes e José Prestes Neto Izel, tornando-se a maior comunidade do distrito de Capanãzinho (figura 1). Em 1994, a comunidade foi dividida em bairros, com o objetivo de fortalecer a comunicação entre os principais líderes de cada região (Passos, 2024).

A comunidade de Nazaré faz parte da associação Nova Aliança dos Castanheiros Capanaense (SONAC), criada após o fim do primeiro ciclo da borracha, em 4 de novembro de 1924. A SONAC começou com 120 sócios, que eram moradores do distrito de Capanãzinho. A necessidade de diversificar a economia local levou à criação da SONAC, que tem como objetivo fortalecer o poder de negociação com o poder público e empresas no sentido de melhorar o acesso a serviços e produtos com preços mais acessíveis na venda da castanha. A SONAC ainda oferece suporte aos membros da comunidade, auxiliando com trâmites de aposentadoria e auxílio-maternidade, apesar de não ter, até o momento, selos ou títulos de certificação.

**Figura 1.** Comunidade Nazaré Capanãzinho.



Fonte: Alexsanderson de Souza Passos, 2024.

Nazaré, sede do distrito de Capanãzinho, está localizada na proximidade das margens do rio Madeira, a cerca de 42 quilômetros em linha reta da zona urbana de Manicoré, município situado na margem direita do Rio Madeira, cerca de 331 km da capital Manaus (Moreira *et al.*, 2024). A comunidade conta com aproximadamente 162 famílias, totalizando uma população de 570 pessoas. Em janeiro de 2022, Nazaré recebeu uma equipe de saúde composta por médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, técnicos em enfermagem, microscopistas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade, permanecendo 30 dias por mês, com metade da equipe atendendo nos primeiros 15 dias e a outra metade nos últimos 15 dias. Além disso, a cada dois meses, são realizadas viagens de barco de cerca de 15 dias para garantir que os serviços de saúde alcancem todas as comunidades pertencentes à estratégia de saúde local (Figura 02). A comunidade também promove e participa de diversos projetos na área da saúde, como o Projeto Amazônia Solidária.



Figura 2. Mapa das comunidades assistidas pela equipe Nazaré do Capanazinho.



Fonte: Semsa Manicoré, 2023.

## Projeto Amazônia Solidária

A “Amazônia Solidária” fez parte do projeto “Ciência, Saúde e Solidariedade no enfrentamento da pandemia da Covid-19”, na temática da “Comunicação e Popularização do Conhecimento Científico”, que teve o apoio financeiro da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), em parceria com a NPI EXPAND e a SITAWI Finanças do Bem. A execução e o desenvolvimento dos materiais e conteúdo foi realizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia (Schweickardt, 2024).

As oficinas do projeto Amazônia Solidária ocorreram nos dias 17 e 18 de março, e 24 de maio de 2023, na quadra poliesportiva da Escola Municipal Emiliano Ferreira Lopes. O objetivo dessas oficinas foi identificar fatores que influenciam na cobertura vacinal nos territórios e desenvolver estratégias, com base na participação social e nas metodologias da Educação Popular em Saúde (EPS), para aprimorar a comunicação e a divulgação científica junto aos atores sociais e institucionais da comunidade.

A equipe de saúde da UBS Manoel Vaz Vieira mobilizou a comunidade para participar do projeto, convidando os moradores por meio de distribuição de panfletos e mensagens em grupos nas redes sociais (figura 3). O projeto contou com a participação da facilitadora Thalita Renata das Neves Guedes e do professor Júlio Cesar Schweickardt, além do apoiador local, enfermeiro Alexsanderson Passos, gestores, professores e lideranças comunitárias. As oficinas do Projeto Amazônia Solidária necessitaram de uma articulação local e o levantamento da situação vacinal dos usuários da comunidade e durante as oficinas foram realizadas atividades de discussão e debate em torno das vacinas e da comunicação.

Na segunda oficina, tivemos a participação de 50 participantes, possibilitando a formação de cinco grupos, que tinha como proposta dar continuidade da atividade iniciada na primeira oficina que foi a criação de produtos voltados para a divulgação e informação sobre a imunização na comunidade (figura 3). Os grupos decidiram dividir-se para que cada equipe elaborasse um trabalho direcionado a uma faixa etária específica (figura 4).

**Figura 3.** Mobilizando a comunidade para participar do projeto através da entrega de panfletos.



Fonte: Alexsanderson de Souza Passos, 2023.

**Figura 4.** Atividades dos grupos na criação de produtos voltados para a divulgação e informação da imunização na comunidade.



Fonte: Alexsanderson de Souza Passos, 2023.

Os produtos desenvolvidos por cada grupo foram os seguintes:

**Jovem Descolado é Jovem Vacinado no Tik Tok:** Foi criado um vídeo protagonizado pelos jovens da comunidade, com o objetivo de chamar a atenção dessa faixa etária para a importância da vacinação (figura 5). O vídeo foi divulgado em todas as redes sociais da comunidade, buscando incentivar os jovens a se vacinarem.

**Figura 5.** Jovens da comunidade criando vídeos para a rede social Tik Tok.



Fonte: Acervo do LAHPSA, 2023.

**Bingo da Saúde:** O bingo é uma das principais formas de arrecadação financeira local. Com isso em mente, surgiu a ideia de criar o “Bingo da Saúde”, que tem como objetivo conscientizar, orientar e ensinar sobre a importância de cada dose de vacina, utilizando as pedras cantadas durante o jogo para transmitir informações relevantes (figura 6).

Figura 6. Bingo da Vacinação.



Fonte: Acervo do LAHPISA, 2023.

**Voz Plim-Plim:** Como a internet é o principal meio de comunicação da comunidade, foi criado um áudio com “vinhetas” promovendo ações de vacinação, com a intenção de ser compartilhado nos grupos de mensagem por aplicativo, na comunidade.

**Saúde do Homem Trabalhador:** O futebol é o principal esporte e forma de lazer dos homens ribeirinhos. Por isso, foi desenvolvida uma estratégia para

alcançar esse público masculino através de um torneio de futebol. Durante o evento, foram realizadas atividades voltadas à saúde do homem ribeirinho, como vacinação, palestras e distribuição de panfletos informativos.

**Cartilha da Saúde:** A cartilha da saúde foi criada para atingir o público infantil da comunidade, contendo informações, figuras e ilustrações que ensinam e conscientizam as crianças sobre a importância de vencer o medo de vacinas (figura 7). A cartilha foi utilizada nas escolas, promovendo educação em saúde para os pequenos (figura 8).

**Figura 7.** Cartilha educativa das vacinas da criança.



Fonte: Acervo do LAHPISA, 2023.

Após a realização do projeto, houve uma mudança no entendimento sobre a vacinação contra a Covid-19 na comunidade de Nazaré Capanazinho, a equipe de vacinação local constatou um aumento significativo na adesão à vacina. No início do projeto, a população da comunidade era de 538 pessoas, sendo que somente 312 haviam tomado a primeira dose da vacina. Durante a realização do projeto, a população aumentou para 548 pessoas, com 388 vacinados. Esse aumento demonstra o impacto positivo das ações de educação e comunicação em saúde. Depois

das ações do projeto, a população da comunidade chegou a 572 pessoas, com 442 vacinados (tabela 1). Esses números confirmam que o projeto foi relevante para o aumento da vacinação e para a proteção da comunidade contra a Covid-19 -19.

**Figura 8.** Entrega das cartilhas na escola, promovendo educação em saúde para os alunos.



Fonte: Alexsanderson de Souza Passos, 2023.

**Tabela 1.** Monitoramento da Cobertura Vacinal Da Covid – 19 em Nazaré Capanãzinho.

Janeiro, 2023	
População:	538
primeira dose (coronovac/astrazenica)	312
segunda dose (coronovac/astrazenica)	312
dose única (janssen)	27
Abril, 2023	
População:	548
primeira dose (coronovac/astrazenica)	388
segunda dose (coronovac/astrazenica)	352
dose única (janssen)	36

Julho, 2023	
População:	572
primeira dose (coronavac/astrazenica)	442
segunda dose (coronavac/astrazenica)	387
dose única (janssen)	51

Fonte: Censo Vacinal da UBS Manoel Vaz Vieira, 2023

## Considerações Finais

O projeto Amazônia Solidária mobilizou as suas atividades com o slogan “Mais Saúde, Mais Vacina”, destacando que as vacinas salvam vidas e um enfrentamento das fake News que contribuíram para a hesitação vacinal em todo o país, não sendo diferente na área ribeirinha de Manicoré. Durante as oficinas, foram abordados os conceitos de território, territorialidade e as políticas de saúde na região. Ainda foi enfatizado o significado das fake News e os prejuízos para a saúde das populações e para a saúde coletiva. As iniciativas do projeto incentivaram a vacinação como uma estratégia segura de vacinação, desmistificando o movimento antivacina (Schweickardt *et al.*, 2024). Antes do projeto, a equipe de saúde local enfrentava resistência por parte dos comunitários, que relutavam em se vacinar. Com a oficina, houve um engajamento da comunidade na produção das informações e uma colaboração na elaboração de estratégias de comunicação, com uma linguagem popular e do local, para informar sobre a vacinação. A comunidade do Capanãzinho se tornou uma referência nas produções do “Mais Saúde e Mais Vacina”.

Destacamos que o projeto ganhou destaque na Mostra Municipal Aqui tem SUS, sendo encaminhado para a Mostra Estadual, quando ficou entre as cinco experiências mais bem avaliadas que representaram o Amazonas na Mostra Nacional. Novamente, o trabalho foi premiado

nacionalmente. Assim, podemos dizer que uma experiência que aconteceu numa comunidade ribeirinha do município de Manicoré teve o reconhecimento nacional.

O LAHPSA/Fiocruz tem sido um aliado nas ações de educação, comunicação, pesquisa e desenvolvimento de tecnologias para promover a saúde para as populações específicas da região amazônica. Assim, somos gratos por participar e contribuir com esta iniciativa, que trouxe motivação e valorização das potencialidades culturais e criativas da comunidade para algo que normalmente fica restrita à equipe de saúde. Vimos e vivenciamos o potencial de trabalharmos com a Educação Popular em Saúde, pois vimos que é possível produzir informação de qualidade a partir de um território ribeirinho. Os materiais contribuíram na adesão às vacinas, aumentando a cobertura vacinal do município. Por fim, os materiais produzidos no Capanazinho, um lugar ribeirinho, podem servir de referência para todo o país.

## Referências

---

- Barros, L. M. (2019). *A atuação dos agentes comunitários de saúde em comunidades ribeirinhas no Brasil*. São Paulo: Editora FGV.
- Belli, L., & Zingano, I. (2021). *Alfabetização midiática e combate às fake News no Brasil: uma necessidade urgente*. Brasília: Fundação Getúlio Vargas.
- Campos Mello, P. (2020). *A máquina do ódio: notas de uma repórter sobre fake News e violência digital*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Fernandes, L. S., França, C. M. N., Pinho, T. A. F. V., Lima, R. T., Menezes, K. L., Ferla, A. A., Cappellari, A. P., & Schweickardt, J.C.. (2023). In: Schweickardt, J.C., Teixeira, C. P., Guilam, M. C., Azevedo, D. P. G., & Pedrosa, J. I. S. *Prevenção e controle da covid-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde*. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida.
- Freitas, R. F. (2018). Vacinação em regiões de difícil acesso: estratégias e desafios. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 52, n. 4, p. 567-580.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). (2021). *Colapso em Manaus: uma tragédia anunciada*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>



- Hallal, P. C. *et al.* (2020). SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 11, p. e1390-e1398.
- IBOPE. (2020). *Pesquisa revela impacto das fake news sobre a COVID-19 no Brasil*. Rio de Janeiro: IBOPE.
- 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*. Editora Rede Unida.
- Oliveira, J. A., & Pereira, M. C. (2020). *A infraestrutura de saúde em áreas ribeirinhas: um estudo sobre a rede de frio e os desafios da vacinação*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas.
- Organização Mundial da Saúde (WHO). (2020). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Disponível em: <https://www.who.int>.
- Passos, A. (2024). Os fazeres e aprenderes da vacinação: o processo de construção coletiva em Nazaré Capanzinho no Amazonas. In: Schweickardt, J. C. *et al.*, *Amazônia solidária: educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos* (p. 229 – 242). Editora Rede Unida.
- Rocha, S. P. (2020). *Comunicação e saúde: desafios da vacinação em comunidades ribeirinhas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Santos, E. R. (2019). Desafios logísticos na vacinação de populações ribeirinhas na Amazônia brasileira. *Revista Saúde em Debate*, v. 43, n. 3, p. 432-445.
- Santos, Ricardo. (2020). O PL das Fake News: entre a regulação necessária e os riscos à liberdade de expressão. *Revista Brasileira de Direito*.
- Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Guedes T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. (2023). *Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos*. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9
- Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. N., Santos, G. R. S., Elias, A. L., Cardoso, V. R., & Freitas, J. M. B.. (2024). *Amazônia solidária: educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida 353 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 28).
- Schweickardt, J. C. (2024). Preâmbulo. In: Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. N., Santos, G. R. S., Elias, A. L., Cardoso, V. R., & Freitas, J. M. B.. (2024). *Amazônia solidária: educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos*. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida 353 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 28).
- Silva, T. A. (2021). Desinformação e resistência à vacinação: o impacto nas comunidades ribeirinhas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 36, n. 1, p. 89-102.

- Silva, G. M. (2021). Desinfodemia no Brasil: o avanço de desinformações sobre Coronavírus. *Revista do EDICC*, v. 7, out.
- Souza, L. C., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2023). A gestão e o cuidado em saúde no período pandêmico: falas e narrativas de gestores e trabalhadores do Amazonas. Schweickardt, J. C, Ferla, A. A., Guedes T. R. O. N., Santos, I. C. P. A. M., Lemos, S. M., & Reis, A. E. S. *Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos*. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 23). E-book (PDF). ISBN 78-65-5462-023-9
- Vecina Neto, G. (2021). *A comunicação em saúde como ferramenta no combate à COVID-19*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

# VACINAÇÃO EM REDE: unindo apoiadores municipais para produzir saúde em Santa Isabel do Rio Negro, AM

Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte  
Gigellis Duque Vilaça

## Introdução

---

O Programa Nacional de Imunização (PNI) completa 52 anos em 2025, coordenado pelo Ministério da Saúde de forma compartilhada com as secretarias estaduais e municipais, sendo comprovadamente uma das políticas mais importantes do país na prevenção das doenças. O PNI gera impactos diretos no perfil de morbimortalidade da nossa população. Pautado pelos princípios Sistema Único de Saúde (SUS), o programa de imunização oferta a universalidade pela disponibilização de imunobiológicos em todo território nacional, alcançando os mais diversos públicos, com estratégia de vacinação em rotina e campanhas. As ações de vacinação vão para além do contexto territorial e alcança as características populacionais diversas, gerando equidade, e agindo de forma descentralizada, atuando na rede articulada, hierarquizada e integrada.

Em 1977, o PNI foi normatizado pela Portaria Ministerial Nº 452/1977, lançando o primeiro Calendário Nacional de Vacinação (CNV), que contemplava quatro vacinas obrigatórias para o primeiro ano de vida: a *Bacilo Calmette Guerin* (BCG); a Vacina Oral poliomielite (VOP); a vacina Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP) e a vacina contra o sarampo. Nessa época, ocorriam 10 mil casos de poliomielite e 100 mil casos de sarampo por ano no país (Domingues, Maranhão, Teixeira, Fantinato & Domingues, 2020).

A partir da década de 1990, ocorreu uma importante expansão das vacinas incluídas no CNV, bem como a ampliação para o público adolescente, adultos e idoso. Algumas das vacinas incluídas foram: vacina oral contra rotavírus humano (2006), H1N1 (2009), pneumocócica 10-valente (2010), meningocócica C (conjugada) (2010), pentavalente (vacina adsorvida contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B recombinante e *Haemophilus influenzae* tipo b conjugada) (2012), poliomielite inativada (2012), tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba e varicela) (2013), Hepatite A e DPTa (difteria, tétano e pertussis acelular) (2014) e HPV (2016) (Domingues *et al.*, 2020).

O Brasil é um dos países que oferece uma maior variedade de vacinas de maneira gratuita e com um calendário definido para todas as faixas etárias, além de calendários diferentes para a população indígena e para grupos com condições especiais, através dos Centros de Imunobiológicos Especiais – CRIES. Por meio do programa, o governo federal disponibiliza gratuitamente no SUS, 47 imunobiológicos: 30 vacinas, 13 soros e 4 imunoglobulinas.

Segundo a Unicef (2024), os esforços coletivos em prol da vacinação, tem se mostrado um marco fundamental para manutenção da vida, reduzindo os óbitos por doenças imunopreveníveis e ampliando em uma média de 66 anos de saúde plena para cada vida salva através da imunização. Estudos evidenciam que crianças com vacinação completa têm uma proteção 27% maior em relação ao risco de morrer, se comparado àquelas que apresentam vacinas em atraso.

A redução acelerada de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes no Brasil é uma prova indiscutível da melhoria que é oferecida às populações por meio das vacinas (Dante *et al.*, 2022). Ações planejadas e sistematizadas contribuem de forma significativa para a proteção e a promoção da saúde, sendo um programa de sucesso no Brasil e com repercussão internacional positiva.

Paralelo a isso, o Brasil tem unido esforços para combater os desafios que surgem a partir das conquistas de cobertura vacinal e redução de doenças imunopreveníveis. Ao se erradicar algumas doenças através da vacinação, a população deixa de conhecê-las e passam a negligenciar a gravidade que elas apresentam, ocasionando ações antivacina, através do não conhecimento da importância da vacinação, bem como a hesitação vacinal pela distorção de informações e a consequente veiculação de notícias falsas sobre esse tema.

## **Vacinação no Contexto Amazônico**

---

A imunização no estado do Amazonas enfrenta desafios significativos com a evolução do calendário vacinal e às dificuldades para atingir as metas de cobertura. Fatores como a baixa densidade demográfica, a dispersão populacional, as áreas de difícil acesso e as grandes distâncias, agravadas pela dinâmica sazonal das águas, tornam ainda mais complexa a tarefa do Estado em promover cuidados em saúde nesses territórios.

Devido às grandes distâncias, é necessário um planejamento prévio e contínuo para garantir que as vacinas e insumos necessários para a campanha de vacinação cheguem a cada etapa e fase, atendendo adequadamente aos grupos correspondentes. Os municípios que não têm acesso por via terrestre utilizam transporte hidroviário, como barcos e lanchas, enquanto os mais distantes recebem as vacinas por via aérea. Para assegurar que os insumos cheguem a seus destinos, é estabelecido um calendário de organização entre o estado e os municípios, envolvendo pessoal, suporte técnico e a definição de custos de transporte para os vacinadores nas regiões mais remotas, denominadas Zonas Rurais ou Ribeirinhas, além da vacinação dos povos indígenas aldeados (Dias, 2020).

Essas características impactam tanto na mobilidade das populações como na logística para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde. Além disso, a diversidade de grupos e povos que vivem na região, como indígenas, quilombolas, ribeirinhos e populações urbanas que habitam periferias das grandes cidades exigem estratégias diferenciadas (Schweickardt et.al., 2024). A Educação Permanente em Saúde é uma dessas estratégias que busca superar as barreiras geográficas e o distanciamento social por meio da tecnologia, tornando-se uma ferramenta essencial para a formação de profissionais que atuam em salas de vacinação ou que desejam se especializar na área. O Programa de Telessaúde, ao oferecer capacitações, tem contribuído para reduzir as desigualdades. No entanto, um grande desafio continua sendo garantir que todas as equipes que trabalham em salas de vacina no estado do Amazonas tenham acesso a esses novos conhecimentos específicos (Dias *et al.*, 2021).

A vacinação continua sendo o método mais eficaz para interromper a cadeia de transmissão de certas doenças no Amazonas. No caso da coqueluche, o período entre 2014 e 2018 apresentou o maior número de registros, mas, nos anos seguintes, houve uma redução significativa na curva de novos casos, provavelmente devido à alta cobertura vacinal e às ações preventivas implementadas. Os meses de fevereiro a maio, que coincidem com o período chuvoso no estado, registraram o maior número de casos ao longo dos últimos dez anos. É fundamental manter as salas de vacinação em funcionamento durante todo o horário da unidade, eliminar barreiras de acesso e aproveitar oportunidades de vacinação durante consultas ou outros atendimentos (Portela, 2024).

No hospital referência em infectologia do Amazonas, o período de cinco anos (2019 a 2023), foram registrados 13 casos de tétano acidental, com 05 óbitos (38,4%). Vale ressaltar que o número de casos foi maior entre a população da zona rural e que o mês de maio foi o que ocorreu o

maior número de registros, pois é o período em que há maior estiagem, facilitando as atividades laborais. O aparecimento de casos graves voltou a crescer nesses dois últimos anos e conseqüentemente o número de casos que evoluíram ao óbito (Gomes, 2024).

Diante das inúmeras notícias que bombardearam as redes sociais, muitas pessoas recusaram a imunização pela vacina da Covid-19, fato que culminou em muitos desafios para a realização efetiva das campanhas e vacinação pelos serviços de saúde. A falta de adesão das pessoas está relacionada, principalmente a escolaridade de muitos povos e as desinformações disseminadas (Rocha *et al.*, 2021). Assim, percebe-se a importância de combater a desinformação, e notícias falsas que assolam diferentes grupos tradicionais, através da intensificação das ações de educações em saúde, que tem por desígnio acolher, orientar, sanar dúvidas, receios acerca dos imunizantes e incentivar esses indivíduos a aderirem à vacinação contra a Covid-19 nas distintas comunidades ribeirinhas. A realização da vacinação precisa ser feita por meio da busca ativa dos ribeirinhos nas comunidades, contando com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para explorar as áreas de abrangência, a fim de propagar a vacinação em toda a comunidade (Matos *et al.*, 2022).

As experiências do Projeto Amazônia Solidária trouxeram reflexões da importância da Educação popular e comunicação para o fortalecimento à vacinação contra covid-19 e outras vacinas do calendário vacinal nacional e da Coordenação Municipal de imunização, como a do HPV, febre amarela, rotavírus, tríplice viral, varicela e entre outras, sendo aplicadas em crianças, jovens e adultos. O envolvimento da comunidade e as parcerias numa postura dialógica, trazendo argumentos para a gestão e as políticas públicas para promover uma construção coletiva e colaborativa da adesão a vacinação (Schweickardt, 2024).

Santa Isabel do Rio Negro (SIRN) é um município do Amazonas localizado há 631km em linha reta da capital Manaus. Seu principal meio de acesso é através de barcos e lanchas com viagens que duram em torno de 22h a 34h, transportando semanalmente mercadorias em geral, passageiros e os insumos para manutenção dos serviços de saúde no interior. O município conta com uma área territorial de 62.846 km<sup>2</sup>, sendo que apenas 3,67 km<sup>2</sup> correspondem a área urbana. Assim, as ações de acesso à saúde, incluindo imunização, necessitam de estratégias específicas e bem planejadas que alcancem também sua área rural povoada. Segundo o levantamento socioambiental realizado pela ACIMRN (Associação das Comunidades Indígenas do Médio Rio Negro), 80,9% dos Isabelenses se declaram pertencentes a uma etnia indígena. Desses, 59,3% declaram pertencer a etnia Baré. Os demais declararam pertencer a outras dez etnias, incluindo os Yanomamis (ACIMRN, 2008).

O desafio de vacinar em municípios com as características de Santa Isabel do Rio Negro é uma ação de caráter contínuo, que envolve planejamento, recursos diversos, empenho profissional específico e apoio de outros órgãos e instituições que somem forças com a secretaria de saúde municipal para manutenção do calendário permanente de vacinação. O sistema de imunização deve ser universal, logo, não é possível ser realizado sem muitas mãos envolvidas. A partir deste pensamento, diversas ações passaram a fazer parte da rotina dos profissionais de saúde ligados ao sistema de imunização municipal. E com essas ações vieram as parcerias com órgãos e instituições que compreenderam e se apropriaram da missão de imunizar a população de Santa Isabel do Rio Negro (SIRN) em toda sua área territorial povoada.



## O desafio de vacinar no interior do Amazonas

---

SIRN apresentava uma boa e estável cobertura vacinal ao longo dos anos, alcançando índices entre 70 e 100% de cobertura das principais vacinas do calendário até os cinco anos anteriores à pandemia por Covid-19, onde o cenário mudou completamente. No interior do Amazonas, os impactos gerados na pandemia, na pós pandemia e nas fases de mudanças climáticas, apresentam-se a longo prazo. As características territoriais, com distâncias exuberantes entre as pequenas comunidades, que por muitas vezes ficam isoladas, retardam a assistência em saúde, incluindo a cobertura vacinal adequada.

Em SIRN, o programa de imunização foi um dos mais prejudicados. Além dos agravantes já citados, podemos destacar também como influência as características culturais de povoamentos de sítios e ilhas, que dificulta o acesso aos serviços de saúde de forma regular, além de algumas crenças oriundas da cultura indígena que ainda caminham de forma marcante entre nosso povo.

No período de junho a dezembro de 2020, a principal sala de vacina do município chegou a vacinar de 03 a 10 doses mensais, em número absoluto, de todos os imunizantes disponibilizados pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). No mesmo ano, o fechamento da cobertura vacinal anual alcançou apenas 40% na meta para as principais vacinas, sendo essa a taxa de cobertura da Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola).

A equipe municipal de imunização identificou diversas barreiras para alcançar a cobertura vacinal. Entre as mais marcantes estavam a desinformação total sobre a importância das vacinas, devido à falta de acesso a meios de comunicação em alguns grupos, e, em outros, a circulação de informações controversas nas redes sociais. Ficou evidente que a secretaria municipal de saúde, sozinha, não conseguiria transformar a realidade do sistema de imunização. Sem a colaboração de outros órgãos,

seria inviável acessar populações diversas, e contar apenas com a procura voluntária pelos imunizantes seria em vão.

## **O caminho para a solução**

---

No primeiro trimestre de 2021, motivados a mudar o cenário de imunização de SIRN, a secretaria de saúde através da coordenação de imunização, começou a buscar parcerias que pudessem apoiar a ações imediatas. Iniciou-se então a construção de uma grande rede de apoio municipal em prol da multivacinação, na área urbana e rural, com o desejo fervoroso de gerar equidade no território. O conhecimento completo das áreas mais próximas à sala de vacinação principal, até as mais longínquas ilhas povoadas, foram alvos bem planejados, que só foram possíveis de alcançar com a ajuda de outras instituições aderindo a grande rede de parcerias que estava sendo construída.

Cada instituição convidada a apoiar as ações de imunização apresentava uma linha natural de acesso a determinadas populações, através de recursos físicos específicos ou conhecimento territorial detalhado. Entre as parcerias formadas e essenciais, estiveram: as Secretarias Municipais de Transporte, Interior, Educação, Assistência Social e Administração e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Alto Rio Negro e Yanomami. No mapeamento, programas de transferência de renda do governo federal como o bolsa família e o Programa Saúde na Escola (PSE) foram usados como estratégia iniciais de motivação para o desenvolvimento das ações.

O foco era alcançar toda população, para isso os apoiadores lançaram mão das mais peculiares ferramentas de seu setor de trabalho, para que até as famílias distantes 8km da sede do município, via terrestre, fossem alcançadas e imunizadas nos ramais que residiam. Assim até as aldeias indígenas Yanomamis, que só tem acesso via fluvial e são o público

de mais difícil acesso dentro do território de SIRN, entraram na rota de vacinação, com apoio de instituições específicas para alcance desses povos.

Algumas das ações muito bem articuladas, e que perduram durante todos os anos, é a solicitação da atualização dos cartões de vacinas por todos os contratados da administração municipal, todos os anos durante a atualização dos documentos e contratos, através da Secretaria Municipal de Administração.

Lançando mão de todas as parcerias e ações, em 2021 entramos em um processo de crescimento contínuo da cobertura vacinal no município. O primeiro fechamento do ano alcançou 55% da cobertura, evoluindo para o alcance de 72%, ainda no mesmo ano. Em 2022, abrimos o ano com 62% de alcance da cobertura e alavancamos para 78% no segundo semestre. No início de 2023 a cobertura manteve-se crescente, e o grande salto de saúde chegou quando batemos a meta de 100% do alcance das principais vacinas: penta valente, tríplice viral, pneumocócica 10v e vacina inativada da poliomielite. Assim, todo setor do imuniza pôde comprovar que as ações de vacinação devem permanecer contínuas e com vínculos intersetoriais fortalecidos para alcançar metas reais e impactantes.

## **O SUS que acontece no interior do Amazonas**

---

Construir saúde dentro do SUS tem se revelado cada dia mais uma tarefa de muitas mãos. Todas as ações geradas em rede têm apresentado um alcance estratégico e exuberante, com respostas positivas, inovadoras e que podem ser multiplicadas em todo território nacional, com sua devida adaptação as singularidades.

Quando todos os olhos se voltam ao ator principal do SUS, que é o usuário, os resultados são reais e palpáveis. Desde o ACS que empresta sua canoa para atravessar a equipe pelo rio, levando vacina, saúde e esperança,

as secretarias de educação e assistência social que abrem as portas de suas instituições e cedem sua equipe técnica para estar alinhada as estratégias da secretaria de saúde, todos estamos em rede fazendo o SUS ser fortalecido.

Sair de nossas quatro paredes, adentrar escolas e creches, explorar os mais diversos cenários acreditando que muito mais do que metas estamos multiplicando saúde, deve ser a verdade de cada profissional que escolhe desenhar os novos horizontes do SUS. Perceber que somos capazes de modificar indicadores negativos através de ações bem planejadas, que alcançam todo o território de um município, apesar de qualquer particularidade que possam apresentar, entendendo que podemos contar com mãos amigas, que geram apoio, pontes e transformações, é o combustível diário de cada profissional comprometido em levar saúde por todo o Brasil.

Vacinas salvam vidas, multiplicam saúde e interligam todas as redes e promotores de bem-estar que estão espalhados pelas mais diversas áreas de atuação dentro de um município. O SUS já não é mais feito apenas pela equipe de saúde, o SUS é a cada dia mais feito por todos. A rede se une e a saúde se multiplica.

## Referências

---

- Dias, J. L., & Nascimento, M. I. N. do. (2020). A campanha da influenza 2020 em meio a pandemia do coronavírus no estado do Amazonas: Um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4053. <https://doi.org/10.25248/reas.e4053.2020>
- Dias, J. L., Moisés, M. S., do Nascimento, M. I. N., da Silva, K. N., & Andrade, M. G. F. S. (2021). Relato de experiência da Implantação da capacitação sobre imunização do estado do Amazonas por meio do Telessaúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3), e6636. <https://doi.org/10.25248/reas.e6636.2021>
- Domingues, C. M. A. S., Maranhão, A. G. K., Teixeira, A. M., Fantinato, F. F. S., & Domingues, R. A. S.. (2020). 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, e00222919. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>
- Gomes Faria, S., & Portela de Azevedo, A. (2024). Ocorrência de casos de tétano acidental

- no Amazonas: Um olhar retrospectivo de 5 anos. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5(4), e545107. <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i4.5107>
- Portela de Azevedo, A., Costa de Sá, D., & Soares Araújo, A. K. (2024). Coqueluche no Amazonas: Uma série histórica de dez anos. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), e555256. <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i5.5256>
- Matos, R. S. C. de, Costa, A. M. S. da, Marcelino, R. S., Gomes, V. de O., Folhadela, R. E., Souza, G. K. P. de, Silva, E. G. da, Souza, D. B. M. de, Oliveira, H. K. F. de, & Gama, A. S. M. (2022). Adesão das comunidades ribeirinhas à vacinação contra a Covid-19 no interior do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(3), e9967. <https://doi.org/10.25248/reas.e9967.2022>
- Rocha, A. M., *et al.* (2021). Análise do número de doses aplicadas das vacinas para Covid-19 na região do baixo Amazonas. *Research, Society and Development*, 10(16).
- Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. das N., Santos, G. R. dos, Elias, A. L., Cardoso, V. R., & Freitas, J. M. B. de. (2024). *Amazônia solidária: Educação popular e comunicação em saúde para o fortalecimento da vacinação nos territórios quilombolas, migrantes e ribeirinhos* (1ª ed.). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 28). E-book: PDF. ISBN 978-65-5462-070-3. <https://doi.org/10.18310/9786554620703>



# ESTRATÉGIAS DE FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 01 ANO: município de Urucurituba, AM

Robert Vasconcelos Ramos  
Geida dos Santos Silva  
Vilma Costa Rodrigues  
Michael Amaral de Oliveira  
Eliangela Falcão  
Lupuna Corrêa de Souza

## Introdução

---

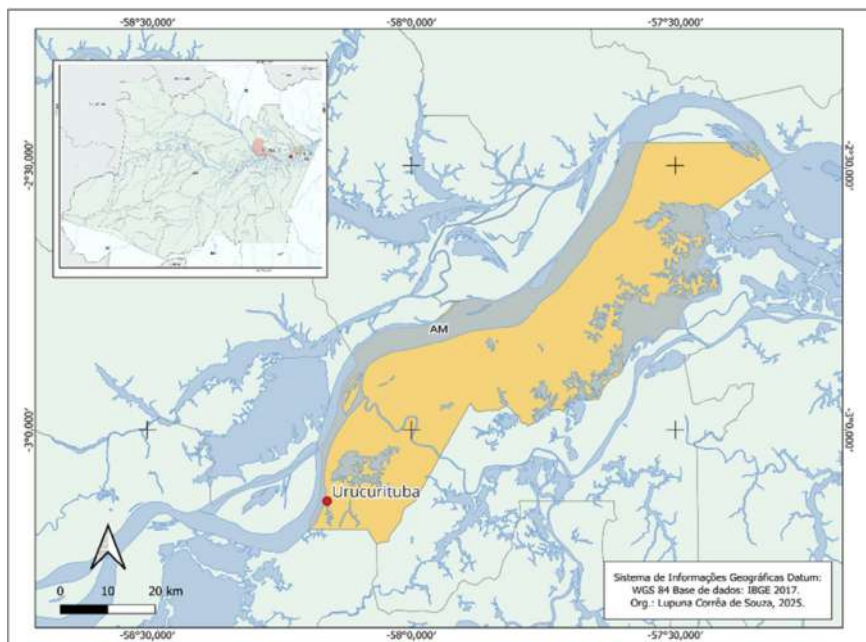
Urucurituba é um município brasileiro localizado na região leste do interior do Estado do Amazonas, com uma área de 2.906,677 km<sup>2</sup>. Está a 218 km de Manaus em linha reta e 339 km por via fluvial. De acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2022 divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município de Urucurituba (AM) é de 23.945 pessoas (IBGE, 2023). O município possui seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), com três salas de vacina na zona urbana e três na zona rural, totalizando seis salas de vacinas ativas, 11 equipes de Atenção Primária à Saúde, 18 vacinadores e um digitador. Além disso, há uma sala no hospital para a aplicação das vacinas de Hepatite B e BCG.

Este trabalho, tem como objetivo principal descrever e analisar as estratégias implementadas para alcançar as metas de cobertura vacinal, fortalecer e continuar aprimorando essa cobertura. O município de Urucurituba enfrenta diversos desafios que precisam ser superados, tais como a geografia do Estado do Amazonas, questões climáticas entre a

cheia e a vazante dos rios, duplicidade de cadastro, falta de capacitações e oficinas, e a necessidade de estratégias diferenciadas para superação desses desafios junto às equipes de saúde (Brasil, 2014).

De forma que o apoio da gestão municipal e o entendimento das necessidades foram essenciais durante todo o processo de construção das estratégias, com o objetivo de manter as metas estabelecidas com base nos dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) (Brasil, 2014). Em 2022, o município tinha uma meta de cobertura vacinal para 291 crianças menores de 1 ano. Em 2023, a meta aumentou para 378 crianças, representando um incremento de cerca de 11% em relação ao ano anterior (Indicadores de Imunização, 2024). Portanto, este trabalho relata a experiência de imunização no município de Urucurituba-AM no ano de 2023.

**Figura 1.** Mapa de Localização do Município.



Fonte: Organizado por Lupuna Corrêa de Souza, 2025.



## Identificação dos Problemas Enfrentados

---

O município de Urucurituba, em 2023, enfrentou diversos problemas tanto na zona urbana quanto na rural, incluindo falhas técnicas na inclusão dos dados no sistema de informação, duplicidade de cadastros, falta de capacitações para os profissionais responsáveis pela inserção dos dados, falta de monitoramento e reuniões com a coordenação da equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), internet de baixa qualidade e centralização das informações na Secretaria de Saúde, que não permitia aos profissionais das equipes e gerentes das UBS o acesso ao sistema de dados dos vacinados (Brasil, 2022).

Outros desafios incluíam a logística do município, que tem acesso apenas por via fluvial, sendo agravadas pela grande seca de 2023 e 2024, dificultando o acesso às comunidades mais distantes. Durante a cheia, algumas famílias precisavam abandonar suas moradias, dificultando o trabalho da equipe em localizar as crianças. O alto custo de combustível também impactava as famílias ribeirinhas e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para participar das reuniões de planejamento. Além disso, a falta de interesse e adesão dos pais à vacinação dos filhos exigia a parceria do Conselho Tutelar, Assistência Social e Educação para conscientizar as famílias sobre a importância da vacina (Ferreira, 2022).

Apesar desses desafios, houve avanços significativos. Os dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), mostram que a cobertura vacinal das crianças menores de 1 ano aumentou: em 2022, as coberturas acumuladas foram de Pentavalente (148,45%), Poliomielite (162,89%), Pneumocócica (162,89%) e Tríplice Viral (142,27%). Em 2023, as coberturas foram de Pentavalente (104,96%), Poliomielite (107,80%), Pneumocócica (105,32%) e Tríplice Viral (109,93%) (Indicadores de Imunização, 2024).

## Estratégias de Fortalecimento das Ações de Imunização

Inicialmente, foi criada uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, psicólogos, assistentes sociais, Conselho Tutelar e educação), que realizou um diagnóstico situacional das coberturas vacinais das crianças menores de 1 ano. O município, com uma cobertura vacinal de 95%, precisava ajustar alguns pontos (Brasil, 2022). Diante das problemáticas, iniciaram-se processos de mudanças nas ações. Foi criado um calendário de reuniões quinzenais com as equipes em seus pontos focais, tanto na sede quanto na zona rural, evitando a necessidade de deslocamento dos profissionais.

**Figura 2.** Deslocamento via fluvial até o local de aplicação das vacinas.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

A gestão local forneceu a logística necessária, como carros e lanchas para a equipe multidisciplinar (Figura 2). O sistema eletrônico do PEC foi atualizado para a versão 06, permitindo que as equipes da zona rural tivessem acesso às informações sobre os usuários atendidos, identificando vacinas não aplicadas e atrasadas em tempo oportuno (Brasil, 2022). Um

cronograma semanal foi estabelecido para a atualização dos cadastros duplicados e desatualizados.

Investiu-se na compra de um sistema de monitoramento particular chamado MS-SUS, que permitia o acompanhamento de todos os indicadores pelas equipes, incluindo o indicador 05 do Programa Previnir Brasil (vacinas Pentavalente e VIP). Foi contratada uma empresa para melhorar o sinal de internet e um profissional para realizar capacitações e oficinas para manuseio do sistema, diminuindo os dados errôneos no sistema e melhorando o desempenho (Brasil, 2022). Solicitou-se que as equipes realizassem reuniões semanais para identificar erros e melhorar as estratégias, buscando alcançar a totalidade das vacinas para crianças menores de 1 ano (Figura 3).

**Figura 3.** Reunião com os membros para alinhar as estratégias de vacinação.



Fonte: Acervo pessoal, 2023.

Para superar a resistência dos pais em vacinar seus filhos, foi proposta uma estratégia complementar de busca ativa, acolhimento e vacinação domiciliar, fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e os pais, dialogando sobre a importância da vacinação e mantendo o cartão vacinal

atualizado. Com essas estratégias e o caderno de monitoramento, as equipes conseguiram alcançar as metas vacinais das quatro vacinas. A parceria com o Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), psicólogos e assistentes sociais foi importante para o desenvolvimento e bom desempenho do trabalho, permitindo a contrarreferência desses profissionais para a APS (Brasil, 2022).

Os resultados de 2023 indicam um avanço significativo nas coberturas vacinais em Urucurituba-AM. A criação de uma equipe multidisciplinar e a realização de um diagnóstico situacional onde foi possível identificar e abordar pontos críticos nas coberturas vacinais (Brasil, 2022). A colaboração da gestão municipal foi essencial, fornecendo a logística necessária para o trabalho das equipes de saúde. Em regiões remotas, como comunidades ribeirinhas na Amazônia, o transporte fluvial é muitas vezes o único meio de acesso. A falta de embarcações adequadas e a distância entre as comunidades podem dificultar a distribuição de vacinas e a realização de campanhas de vacinação. Além disso, a ausência de infraestrutura básica, como energia elétrica e refrigeração, compromete a conservação das vacinas durante o transporte e armazenamento (Reis *et al.*, 2020).

A atualização do sistema eletrônico do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para a versão 06, juntamente com a contratação de uma empresa para melhorar o sinal de internet e a capacitação dos profissionais, resultou em melhorias na inserção de dados e na qualidade das informações disponíveis (Brasil, 2022). A qualidade da internet é um fator fundamental para a eficácia das campanhas de vacinação, especialmente em áreas remotas. A conectividade precária pode dificultar o acesso a informações sobre vacinação, a comunicação entre equipes e a coleta de dados sobre cobertura vacinal (Fontes *et al.*, 2023). Isso pode levar a lacunas de informação e atrasos na identificação de áreas com baixa adesão às vacinas, mas também permite um acompanhamento mais preciso e oportuno das coberturas vacinais.

A implementação de reuniões quinzenais e a criação de um cronograma para atualização dos cadastros duplicados e desatualizados mostraram-se estratégias eficazes para manter a equipe alinhada e focada nos objetivos. A regularidade dessas reuniões fortalece o trabalho em equipe, promovendo a colaboração e o senso de propósito comum entre os profissionais de saúde, o que é essencial para enfrentar os desafios da vacinação de forma eficaz (De Paula Júnior & Meneguelli Fialho, 2023).

As reuniões são relevantes para coordenar esforços e discutir estratégias entre equipes urbanas e rurais no contexto da vacinação pediátrica no Brasil. Elas possibilitam a troca de experiências, a análise de dados de vacinação e a abordagem de desafios específicos enfrentados em diferentes regiões. Além disso, ao proporcionar um espaço para a troca de informações e colaboração, essas reuniões permitem o desenvolvimento de campanhas de vacinação mais eficazes e adaptadas às necessidades locais, garantindo que as populações vulneráveis recebam a proteção necessária. Esse modelo de reunião não apenas fortalece a comunicação entre as equipes, mas também contribui para a melhoria contínua das práticas de imunização (Carvalho *et al.*, 2018).

A busca ativa e a vacinação domiciliar foram fundamentais para alcançar famílias com dificuldades de acesso ou resistência à vacinação (Brasil, 2022). A vacinação domiciliar é uma prática que permite que equipes de saúde visitem as residências de crianças que não compareceram aos postos de saúde. Essa abordagem é especialmente útil em áreas rurais ou em comunidades com dificuldades de acesso. O estudo sobre a cobertura vacinal em Pedreiras (MA) destacou que a busca ativa, incluindo a vacinação em domicílio, contribuiu significativamente para o aumento das taxas de imunização, especialmente para vacinas essenciais como a Poliomielite e a Tríplice Viral (Moraes & Sá dos Anjos, 2024).

A educação permanente em saúde (EPS) visa atualizar e aprimorar o conhecimento dos profissionais de saúde, desempenhando um papel

importante nas ações de saúde. Estudos indicam que a EPS melhora a qualidade do atendimento e fortalece o vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2024). Profissionais bem treinados são mais propensos a seguir protocolos de registro adequados, garantindo a coleta correta e completa dos dados. A falta de compreensão sobre processos de registro pode levar a erros, comprometendo a análise e o planejamento das campanhas de vacinação (Felisbino *et al.*, 2022).

A colaboração entre a equipe de saúde, o Conselho Tutelar, o CRAS, psicólogos e assistentes sociais foi essencial para superar barreiras culturais e logísticas. Esse trabalho conjunto promoveu a conscientização sobre a importância da vacinação e facilitou a contrarreferência entre serviços de saúde e assistência social (Ferreira, 2022). A adesão à vacinação pode ser influenciada por fatores culturais e sociais que criam barreiras significativas, como a preferência por tratamentos alternativos ou desconfiança na medicina ocidental. Barreiras logísticas, como a localização dos centros de vacinação e a falta de transporte, também dificultam o acesso às vacinas (De Mello *et al.*, 2023).

O Conselho Tutelar é de muita relevância na proteção dos direitos das crianças e adolescentes, ajudando na identificação de crianças não vacinadas e na realização de ações de busca ativa. Sua atuação também inclui a intervenção em casos de resistência à vacinação, promovendo diálogos com as famílias para esclarecer dúvidas e preocupações (Rodrigues *et al.*, 2024). O CRAS, por sua vez, contribui para a melhoria das coberturas vacinais ao identificar famílias em situação de vulnerabilidade social e priorizar essas populações nas campanhas de vacinação. Ele também articula recursos e apoio logístico para facilitar o acesso às vacinas, aumentando a confiança da população nos serviços de vacinação (Fontes *et al.*, 2023).

Os dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) confirmam o sucesso das estratégias de imunização.

Em 2023, houve um aumento considerável nas coberturas vacinais das crianças menores de 1 ano em comparação ao ano anterior. Em 2022, as coberturas acumuladas foram de Pentavalente (148,45%), Poliomielite (162,89%), Pneumocócica (162,89%) e Tríplice Viral (142,27%) (Indicadores de Imunização, 2024). Estes índices sugerem que o município conseguiu vacinar uma quantidade superior de crianças em relação às metas estabelecidas, refletindo uma documentação abrangente.

Em contraste, os dados de 2023 mostram uma redução nas coberturas vacinais, embora ainda acima de 100% para todas as vacinas monitoradas. As coberturas foram de Pentavalente (104,96%), Poliomielite (107,80%), Pneumocócica (105,32%) e Tríplice Viral (109,93%) (Indicadores de Imunização, 2024). Esta diminuição pode ser interpretada como um ajuste nos dados, refletindo uma atualização mais precisa e realista das coberturas vacinais após a inclusão de informações anteriormente inflacionadas.

A eficácia das estratégias de imunização, como a formação de equipes multidisciplinares e a implementação de um calendário de reuniões quinzenais, foi importante para alcançar esses resultados. A atualização dos sistemas de informação e a aquisição de tecnologia de monitoramento, como o MS-SUS, possibilitam um acompanhamento mais preciso das vacinas aplicadas, contribuindo para a redução da inflação dos dados anteriores.

A discrepância entre os percentuais de 2022 e 2023 sugere que as estratégias de vacinação foram eficazes em melhorar a cobertura vacinal e em ajustar o sistema de registro e monitoramento. A redução nas coberturas acumuladas pode ser vista como uma correção de registros e um alinhamento mais próximo da realidade, refletindo uma gestão mais precisa das informações de vacinação.

Por fim, o sucesso das estratégias de imunização e a adequação dos dados indicam um avanço significativo na abordagem de saúde pública em

Urucurituba. A implementação eficaz das ações planejadas e a correção dos registros de vacinação permitiram alcançar e manter altas taxas de imunização. A continuidade e o aprimoramento dessas práticas são essenciais para sustentar e melhorar ainda mais a cobertura vacinal no futuro.

## **Considerações Finais**

---

O presente trabalho teve como objetivos centrais descrever e analisar as estratégias adotadas para alcançar as metas de cobertura vacinal e fortalecer a imunização de crianças menores de 1 ano no município de Urucurituba-AM. A análise das ações e estratégias implementadas em 2023 evidenciou a importância do suporte da Secretaria de Saúde no desenvolvimento para aplicação das estratégias, resultando assim no sucesso dos índices dos indicadores de saúde.

Em 2023, apesar dos desafios significativos enfrentados, como a logística em regiões remotas e a necessidade de infraestrutura adequada para conservação das vacinas, o município conseguiu promover mudanças significativas. O destaque foi a conquista do primeiro lugar no Estado do Amazonas nos indicadores de cobertura vacinal Previne Brasil e PQA-VS, o que reflete a eficácia das estratégias adotadas. Essas estratégias, que incluíram a criação de uma equipe multidisciplinar, a atualização dos sistemas de informação e a realização de reuniões regulares, foram relevantes para a reversão da tendência de redução das coberturas vacinais.

A implementação de ações específicas, como a capacitação dos profissionais de saúde, o uso de tecnologias para melhorar o monitoramento e a coordenação entre equipes urbanas e rurais, foram fatores-chave para o sucesso alcançado. O suporte contínuo da gestão municipal e a colaboração estreita com outros órgãos e instituições também foram determinantes para alcançar e superar as metas estabelecidas.



Os resultados obtidos em Urucurituba, um município da Amazônia profunda, demonstram que é possível superar desafios significativos e alcançar altas taxas de imunização com uma abordagem bem estruturada e coordenada. A experiência bem-sucedida do município serve como um modelo, o qual pode ser adaptado e replicado em outros municípios, tanto no Estado do Amazonas quanto em outras regiões do Brasil.

## Referências

---

- Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. (2010). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Fundação João Pinheiro (FJP).
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2022). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Estratégia da Saúde da Família. Recomendações para atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de vacinação e reconquista das altas coberturas vacinais (Nota Técnica nº 283/2022).
- Carvalho, A. C. C., *et al.* (2018). Epidemiological aspects, clinical manifestations, and prevention of pediatric tuberculosis from the perspective of the End TB Strategy. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), 134-144. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000461>
- De Mello, A. X., *et al.* (2023). Imunização em pediatria: os desafios à adesão do esquema vacinal completo no contexto brasileiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 26824-26836. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-024>
- De Paula Júnior, R. A., & Meneguelli Fialho, T. (2023). Organização das ações de campanha de vacinação antirrábica em Colatina, Espírito Santo: relato de experiência. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 24(2), 118-124. <https://doi.org/10.47456/rbps.v24i2.36728>
- Felisbino, P., *et al.* (2022). Educação permanente em saúde no Sistema Único de Saúde: percepções dos profissionais de saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(4), 801-811. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i4.6148>
- Ferreira, L. A. M. (2022). O Estatuto da Criança e do Adolescente e o professor: reflexos na sua formação e atuação. Cortez Editora.
- Fontes, S. K. R., *et al.* (2023). Fatores determinantes na cobertura vacinal do esquema básico de imunização na infância. *Research, Society and Development*, 12(7), e18212742722.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42722>

- IBGE. (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Resultados Preliminares. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novo-censo-2022>
- Lima, R. R. (2017). Histórico e perspectivas para o Sistema Único de Saúde brasileiro. *Vittalle - Revista de Ciências da Saúde*, 29(1), 83-86.
- Moraes, I. K. N., & Sá dos Anjos, T. (2024). Caracterização da cobertura vacinal no município de Pedreiras (MA) nos anos de 2021 e 2022. *Saúde.com*, 19(4). <https://doi.org/10.22481/rsc.v19i4.14283>
- Indicadores de imunização. (2024). [https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/24\\_indicadores-de-imunizacao](https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/24_indicadores-de-imunizacao)
- Reis, M. H. S., *et al.* (2020). O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (53), e3631. <https://doi.org/10.25248/reas.e3631.2020>
- Rodrigues, A., *et al.* (2024). Intervenções e desafios em políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças: uma revisão integrativa. *Revista Científica Ipedss*, 4(1). <https://doi.org/10.55703/27644006040102>
- Santos, A. N. S., *et al.* (2024). Educação permanente e atenção básica na saúde: a importância do aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção básica na saúde para a demanda da população local em um município do Estado do Ceará. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(5), e6661. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-044>

# ARTE, ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE: o cuidado da população de rua em Manaus

Rosiane Pinheiro Palheta Siegele  
Raquel Lira de Oliveira Targino  
Jacqueline Cavalcante Lima  
Maria de Nazaré Feitosa Xaud  
Hudson André Arouca Cauper  
Lúcia Helena de Araújo Jorge  
Maria Dinez Fabá de Oliveira

## Introdução

---

A população em situação de rua se caracteriza por ser um grupo bastante heterogêneo, em situação de pobreza extrema, apresentando vínculos familiares fragilizados ou rompidos e moradia não convencional de caráter permanente ou temporário. Esta população já faz parte do cenário urbano das grandes cidades.

Tal situação requer intervenções que levem em conta as particularidades de cada território e o entendimento desse fenômeno em realidades distintas. Para aprofundar a compreensão dessas questões é necessária a realização de parcerias que busquem compreender a situação enquanto um fenômeno social que necessita da intervenção do Estado, para que as pessoas que vivem em situação de rua saiam da invisibilidade e para servir de parâmetro para o entendimento do problema e indicar alternativas de solução.

Em Manaus, esse público tão específico é atendido pela Equipe de Consultório na Rua (EcnaR) que, tanto viabiliza o acesso aos serviços de saúde, quanto também realiza o atendimento in loco. A experiência a seguir

tratou-se de um projeto que foi realizado em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e cujo propósito foi oferecer atividades de arte e pintura para população de rua, pensada não somente como forma de lazer e expressões da cultura e subjetividades, mas, sobretudo como um espaço de fala, de reflexão, acolhimento, e (im) possibilidades dentro do contexto da pandemia de covid-19, buscando apreender significados e vivências que a rua representa.

Parte dos participantes estava em um abrigo municipal e os demais faziam uso diário dos serviços oferecidos pelo Centro Pop. A iniciativa, cujo escopo foi pensado pela EcnaR, pode ser tomada como um exemplo bem-sucedido de integração ensino-serviço-comunidade. Este trabalho consubstancia as ações e atividades realizadas pela EcnaR no ano em que a pandemia começou. O objetivo do trabalho foi a realização de oficinas de arte, cultura e lazer para a população de rua durante o período agudo da pandemia de Covid-19 e identificar o significado da rua sob a ótica das pessoas que vivem em situação de rua na cidade de Manaus, através da realização de atividade de arte e pintura e vivências grupais.

A metodologia de trabalho foi desenvolvida em parceria com a UFAM que viabilizou a compra de materiais de consumo como: tintas, pincéis, telas, algodão cru, dentre outros que possibilitaram a realização das atividades in loco. Além disso, foram entregues kits aos participantes com bolsas, camisas, garrafas de água, álcool em gel, máscara e produtos de higiene corporal. Em contrapartida, a equipe realizou as atividades de arte e os resultados compartilhados com a UFAM para prestação de contas.

Inicialmente foram agendadas visitas aos locais para sensibilização sobre a atividade. Nos dias agendados, a equipe levou os materiais e, antes de iniciar as atividades, eram informados o objetivo e a importância de utilizarem a imaginação e a criatividade na realização da oficina, além de expressarem suas angústias na dicotomia rua-abrigo.

Em seguida, temas como: “a experiência da/na rua”, “pandemia” e o “viver no abrigo”, foram disparados para que cada um pudesse pensar e materializar essas subjetividades no ato da ação e expressar através das falas, o reflexo da produção artística individual. Ao término da atividade de pintura em tela e tecido, eles expunham ao grupo, os sentimentos em relação à atividade proposta, as representatividades expressas e expectativas com relação ao futuro no abrigo, na rua e em outras atividades. Foi utilizado um gravador para captação das falas e, para os que aceitaram, fotos das obras produzidas.

Nesse período, foram realizadas três oficinas com a participação, em média, de quatro a cinco usuários dos locais escolhidos, dentre os quais: Centro Pop e Gecilda Albano, totalizando quinze usuários (15). Desse quantitativo, quatro (04) eram do gênero feminino e onze (11) do gênero masculino. Os usuários recebiam o material de pintura com a explicação de como a atividade seria realizada, bem como os objetivos e ao final era realizada uma gravação de áudio com o depoimento de cada usuário acerca de suas percepções sobre a atividade.

Dentre os resultados, foram pintados dezoito (18) quadros entre telas e tecidos, já que alguns fizeram mais de uma produção. A maioria dos usuários (12) referiu ter gostado da atividade, porém gostaria de fazer um curso de pintura, bem como outros cursos de artesanato como crochê, porcelana e pintura em tecido, que pudessem gerar renda e ocupar a mente, já que dentro do abrigo há uma tendência ao ócio.

## **A arte entre dois mundos: o abrigo e a rua**

---

Em 2021, a população de rua experimentou duas realidades que se misturaram durante a pandemia: o abrigo e a rua. Nesse período, a Equipe de Consultório na rua desenvolveu alguns projetos para melhorar o cuidado e o acompanhamento desses usuários, tanto nos abrigos quanto no

território, dentre eles podemos citar o projeto sobre a arte junto à população abrigada que foi realizado em parceria com a UFAM.

## Viver na rua é uma arte?

---

Viver é um desafio constante porque o ser humano precisa superar limitações e ser resiliente, encontrar caminhos para facilitar sua sobrevivência e, sobretudo, sua produção e reprodução de vida. Para muitas pessoas, a vida é complicada, para outras ela é sem sentido, para algumas desistir é uma opção e para muitas outras é preciso ganhá-la. Quem nunca respondeu essa pergunta tão corriqueira: Como você ganha a vida?

O fato é que todas as pessoas precisam sobreviver e nesse processo, muitas usam a arte para este objetivo. Para outras tantas, a própria vida é uma arte que vai se construindo no curso de suas existências e, para a população de rua, a realidade não é tão diferente. Começemos este trabalho com a fala de Félix *et al.* (2016, p.48) onde afirmam que a vida das pessoas em situação de rua é uma arte. *“É a arte de viver nas veias abertas da cidade, onde tudo é trânsito, passagem, fluxo. A arte de “fazer de tudo” como forma de ganhar a vida”.*

Essa arte de viver nas ruas não é apenas sobre formas de sobrevivência acumuladas de/na rua, mas, certamente, essas pessoas trazem consigo vivências e experiências de vida que vão além de suas existências na rua, afinal o ser humano é dotado de inúmeras capacidades que são aprimoradas ao longo da vida, muitas delas por processos de aprendizagem formal e aquelas que se originam das capacidades natas, sendo a arte uma delas. A experiência empírica é atravessada por expressões da realidade social e subjetiva, das expressões individuais do ser e de estar no mundo.

Para Locke as ideias têm origem nos sentidos e reflexões, tendo como ponto de partida a experiência, descartando assim qualquer possibilidade de que as elas sejam inatas.

Todas as ideias derivam da sensação ou reflexão. Suponhamos, pois, que a mente é, como dissemos, um papel em branco, desprovida de todos os caracteres, sem nenhuma ideia; como ela será suprida? De onde lhe provém este vasto estoque, que a ativa e ilimitada fantasia do homem pintou nela com uma variedade quase infinita? De onde apreende todos os materiais da razão e do conhecimento? A isso respondo, numa palavra: da experiência. Todo o nosso conhecimento está nela fundado, e dela deriva fundamentalmente o próprio conhecimento (Locke, 1999, p. 57).

Não há como negar que as experiências de vida de todo ser humano são únicas e são acumuladas desde o nascimento. Para a população de rua não é diferente, eles acumulam ainda mais experiências diversas pelo fato de estabelecerem vínculos na rua, o que certamente geram mais significados que para outras pessoas que não a conhecem sob o ponto de vista da produção e reprodução de vida.

Nesse sentido, a atividade de arte foi sugerida porque seria uma oportunidade de ver a expressividade dessas pessoas através da atividade artística no ato de pintar quer fossem em telas, em tecido ou no papel. Cada participante ficou livre para escolher, e a maioria, entretanto, escolheu fazer pintura em tela.

Após a atividade, que durava entre duas e três horas, os participantes eram convidados a compartilhar através do depoimento livre, a experiência vivida na atividade, bem como suas impressões, lembranças e memórias. Nesses momentos, era fácil ver a demonstração de saudade, de lembranças boas ou doloridas e a presença simbólica da casa da infância, referida em diversas falas, mas principalmente nas telas e no algodão cru.

É fato que a população de rua utiliza estratégias de sobrevivência para ser e estar na rua, pois a própria representação da rua é por vezes ambivalente, representa ora perigo, ora proteção. Em muitos casos, é

necessário desenvolver estratégias para lidar com essas situações. Estratégias essas que muitas vezes são construídas através de experiências dolorosas e traumáticas que capacitam, por assim dizer, as pessoas a lidarem com os perigos e armadilhas que a rua oferece.

A vivência em situação de rua, contudo, não se resume apenas aos momentos de sofrimento e violência. As pessoas que fazem das ruas das cidades suas moradias, por vezes estão ali para além da sobrevivência. Elas participam da dinâmica da cidade de variados modos, sendo possível, inclusive, expressar através da arte e da cultura seus modos de vida, de ser e estar nas ruas.

Nossa experiência com a realidade da população de rua foi desafiada quando os abrigamentos passaram a substituir a rua no auge da pandemia e algumas pessoas foram morar em abrigos improvisados e provisórios para contenção do vírus da covid-19 que se alastrava na cidade de Manaus de maneira vertiginosa assim como em todas as regiões do país e do globo. Nesse esforço conjunto a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), na figura da Equipe de Consultório na Rua (CnaR), levou para dentro dos abrigos o cuidado em saúde para a população de rua durante o período de 2020 e 2021.

Nesse sentido, é válido trazer algumas reflexões sobre experiência da vivência com a população de rua no período que abrange a chamada primeira e segunda ondas da pandemia. Esse período da história sem dúvida alguma ficará marcado na memória de todos e na história e de modo especial em Manaus, não apenas pela crise sanitária, mas também devido à crise humanitária, onde inúmeras vidas não tiveram a dignidade de um enterro nem seus nomes expostos numa lápide, tão pouco suas famílias tiveram a possibilidade de expressar uma última memória e homenagem aos entes queridos, devido também a uma crise funerária grave.

A vida nas ruas é uma arte e a arte também faz parte da vida das pessoas, basta para isso, ser despertada, incentivada e apoiada. Nossa tarefa enquanto equipe de saúde, por diversas razões tem sido voltada para as ações



de saúde e pouco para atividades de educação em saúde e outros tipos de atividade que não sejam clínicas. O abrigo no período da pandemia foi uma oportunidade de realizar outros tipos de trabalhos como arte e pintura, pois garantiu espaços mais apropriados para esse tipo de intervenção.

Na rua, a dificuldade é bem maior quando se trata de desenvolver trabalhos manuais ou de artesanato já que exige uma estrutura mínima para facilitar e despertar a criatividade. No abrigo, essa situação pode ser superada e uma boa articulação facilita o desenvolvimento de trabalhos que fujam um pouco da clínica tradicional, quando a articulação extrapola esses espaços e passa a abrir possibilidades de parcerias, podem ocorrer bons resultados como foi o caso da arte na rua, mas com pessoas que foram abrigadas por conta da pandemia.

A pandemia de Covid-19 trouxe diversos impactos para a sociedade que vão desde a economia até a política, sobretudo no Brasil, onde o termo chegou a ser cunhado de necropolítica se referindo à forma com que os governos decidiam, através de políticas emergenciais, quais os setores da sociedade, tinham o direito à vida e à morte.

Minha preocupação é com aquelas formas de soberania cujo projeto central não é a luta pela autonomia, mas “a instrumentalização generalizada da existência humana e a destruição material de corpos humanos e populações”. Tais formas da soberania estão longe de ser um pedaço de insanidade prodigiosa ou uma expressão de alguma ruptura entre os impulsos e interesses do corpo e da mente. De fato, tais como os campos da morte, são elas que constituem o nomos do espaço político em que ainda vivemos. Além disso, experiências contemporâneas de destruição humana sugerem que é possível desenvolver uma leitura da política, da soberania e do sujeito, diferente daquela que herdamos do discurso filosófico da modernidade. Em vez de considerar a razão verdade do sujeito, podemos olhar para outras categorias fundadoras menos abstratas e mais táteis, tais como a vida e a morte (Mbembe, 2016, p. 125).

A população de rua abrigada enfrentou inúmeros desafios dentre os quais podemos destacar a falta de liberdade, já que na rua a liberdade de ir e vir é uma prerrogativa que eles apreciam, e com razão, já que a fluidez do uso do território dentre a população de rua é algo inegociável na medida em que essa liberdade representa o livre uso de entorpecentes, o livre uso dos corpos como estratégia de sobrevivência e o livre uso do espaço público. No abrigo, há certas regras que devem ser cumpridas pelo uso coletivo que muitas vezes não são vantajosas para a reprodução de vida dessas pessoas.

No abrigo a rotina é diferente da rua, as pessoas têm horários para realizar refeições, compartilhar espaços, horários para dormir e acordar dentre outras rotinas que exigem disciplina, o que não coaduna com os hábitos mais fluidos e flexíveis estabelecidos entre a população de rua. Esse fator é importante de ser observado, já que acaba levando a evasões dos abrigos, uma vez que a impossibilidade do uso de substâncias psicoativas, principalmente, gera a abstinência, ausência dos entorpecentes e uma consequente fuga desses espaços.

Apesar dessas questões, a maioria dos usuários que participaram das atividades de arte falou também dos aspectos negativos que a rua imputa. *“Pior experiência que eu já tive na minha vida, não dorme direito, sem confiança no parceiro do seu lado, ‘quer dizer’ é sinistro” (Participante 2).* *“Me sentia amedrontado e com medo de morrer qualquer noite, no momento, dia, hora” (Participante 3).* Algumas falas eram trazidas evidenciando a ambivalência que a experiência de vida nas ruas provoca, trazendo a reflexão desse paralelo entre as duas realidades distintas: *“A rua é difícil, tinha que correr para fugir da chuva. No abrigo estou mais segura, me sinto melhor. Tô segura.”, “A rua é caminho, nem sempre tem volta, vai levando a gente” (Participante 5).*

Entretanto, para aquelas pessoas que já estão habituadas a viver nas ruas é bem mais complicado permanecerem no abrigo por muito tempo. Dessa forma, o perfil dos abrigados é composto de pessoas com maior

idade, mulheres que apresentam alguma limitação de deambulação e sem dependência química. No geral, essas foram as pessoas que permaneceram por mais tempo nos abrigos e que participaram da atividade e puderam expressar o que sentiram: *“Muito bem, a gente se sente mais seguro quando estamos num lugar protegido, é melhor do que ficar na rua, né (Participante 1).*

A experiência da rua não é boa pra ninguém né, que eu, eu já passei e os outros passam, até hoje “tão” passando, eu vou conseguindo me resgatar da rua “tendeu?” aqui nesse abrigo aqui o albergue, mas ainda não estou completamente livre da rua, se eu sair daqui não tenho pra onde ir também, eu vou ter que voltar pra rua, pro meio do pessoal que ainda tá na rua também, e me livrar também da droga, da bebida, que é isso aí que leva a gente a perdição, arrumar um emprego em nome de Jesus, alugar um quartinho comprar umas coisas, arrumar um emprego e seguir a vida, arrumar uma família (Participante 1).

A fala do participante é emblemática e traz uma preocupação com o pós-abrigamento, uma vez que não existiriam (e ainda não existem) muitas alternativas a não ser o retorno às ruas. Não se trata apenas da ausência de uma moradia, mas outros determinantes acabam dificultando a saída da rua como a dependência química, por exemplo, que é reforçada pelo ambiente de uso coletivo. Os conflitos de vida muitas vezes vão para além da falta de uma casa para onde voltar, diz respeito às relações familiares rompidas, as dificuldades e questões econômicas, a falta de perspectiva para o futuro e, sobretudo, a uma sensação de desesperança, onde por vezes as drogas são um refúgio.

Alves e Pereira (2019) discutem as questões relativas ao uso de drogas no contexto social da população que vive em situação de rua. Para além da dependência química, os autores apontam também para o que eles chamaram de: “dependência social” atrelada às relações com os pares, o desfrute da companhia, bem como da construção de modos de viver e perceber a cidade.

## Ensino, serviço e comunidade: Uma relação possível

---

O trabalho junto à população de rua apresenta-se como um desafio diário aos profissionais de saúde, não apenas por ser diferenciado e que sintetiza os complexos problemas da realidade social e das questões sociais fundantes, mas porque está no seio de uma política pública complexa, importante, integral, mas com sérias contradições que também refletem as desigualdades sociais do país. Além disso, temos a realidade local do SUS, as dificuldades de financiamento e de recursos humanos, materiais, de estrutura e de gestão. Em Manaus, questões como o clima, a rede de serviços de saúde e rede psicossocial são fundamentais para limitações e desafios a serem superados.

Nesse sentido, é de suma importância que o trabalho também possa ser realizado através de parcerias e de integração entre os serviços, bem como através de captação de recursos e projetos dentre os quais destacamos os das universidades como a UFAM. A partir de uma parceria entre esta e a EcnaR, o projeto foi viabilizado, uma vez que foi possível obter os recursos materiais para o desenvolvimento do mesmo, possibilitando ainda a viabilização da integração entre ensino, serviço e comunidade, que por definição é:

Uma estratégia relevante que corresponde à integração ensino-serviço-comunidade (IESC), entendida como as vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade nos cenários. Tal estratégia almeja formar profissionais de saúde mais capacitados para atender às necessidades da população, estabelecer uma relação de proximidade entre os serviços de saúde e a população assistida e aproximar o SUS das instituições de ensino (Cardoso *et al.*, 2021, p. 46).

Dessa forma, a integralidade seria o princípio norteador das práticas em saúde, determinando uma nova forma de cuidar. Trata-se de um conceito complexo e polissêmico, na medida em que serve como visão filosófica e orienta as práticas de cuidado, devendo também orientar simultaneamente o ensino, a partir de práticas que priorizem o encontro entre o profissional e usuário no seu contexto de vida, na sua realidade e no seu território (Silveira *et al.*, 2020, p. 02).

O encontro dessas dimensões nesse projeto em conjunto foi ímpar, pois a aproximação entre a universidade, o serviço e a comunidade é coisa rara, haja vista que nem sempre é possível desenvolver projetos dentro das políticas e serviços. É necessário haver vontade de ambas as partes para que as ações e atividades sejam viabilizadas. Em algumas ocasiões, as parcerias são possibilitadas pela ausência de algo em alguma das partes, em outras, em ambas. No caso da parceria entre a EcnaR e a UFAM, houve a necessidade de ambas as partes para que o projeto fosse viabilizado e uma vontade de ambas também para realizá-lo.

De um lado, a necessidade de aproximação com o serviço para possibilitar o contato e a abertura com a população de rua, já que ter um vínculo prévio é aconselhável e necessário para desenvolver atividades como as do projeto e, do outro, a necessidade de recursos materiais para as atividades do projeto como: telas, pincéis, tintas e materiais de contrapartida para a população como camisas, garrafinhas de água, álcool, mochilas dentre outros.

Desse modo, a UFAM utilizando os recursos financeiros através de projetos da FAPEAM, fez a parceria com a EcnaR para que a equipe pudesse propor alguma atividade com a população de rua. Nesse caso, a equipe desenvolveu a ideia de realizar a atividade de pintura em tela e tecido dentro dos abrigos e como contrapartida, a UFAM cedeu os materiais para a realização das atividades resultando em um trabalho de grande significado à comunidade.

Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde estejam abertos às parcerias e à universidade, pois um dos papéis fundamentais desta é trazer benefícios à sociedade, de forma que o conhecimento científico alcance de fato a comunidade e não se resuma somente ao ambiente acadêmico. O papel do serviço, por outro lado, é descortinar para a academia as inúmeras e plurais possibilidades que a realidade biopsicossocial nos apresenta e, junto com eles, buscar meios de intervenções que sejam efetivos para a inclusão social e o sentido de ser um serviço disponível à sociedade.

## **A arte através do olhar da população de rua**

---

Na experiência com a arte, as dimensões da rua, da casa e do abrigo foram externalizadas através de uma prática elaborada a partir da realidade, onde a população de rua se encontra e nesse caso, não mais a rua e sim o abrigo. Deve-se levar em consideração, entretanto, que a rua não é algo superado, ainda é uma realidade para onde as pessoas provavelmente voltariam após o período da pandemia, e isso veio à tona em várias falas bem como a casa de infância e adolescência, pois ela é, geralmente, a primeira experiência de vida das pessoas.

Durante o diálogo, logo após a atividade, algumas falas surgiam, tais como:

- Como é que a senhora se sentia morando na rua? *“Me senti ruim eu, ruim, aí quando chovia corria para procurar um lugar, onde não molha”*
- E agora aqui no abrigo como a senhora se sente? *Estou segura [...]* segura, melhor de que estar na rua. E tu lembraste de teus familiares, por quê? Por que você pintou uma casa? Era sua casa? *É [...].*
- *Da minha família [...].*
- Onde é que está a sua família?
- *Está por aí [...]*

Durante as atividades, o tema família sempre vinha à tona, porém, pouco se falava em profundidade sobre os familiares, em alguns casos, algumas pessoas travavam literalmente, havia um hiato entre as perguntas e as respostas, em outros casos, quase um engasgo seguido de silêncio.

Ao serem indagados sobre quais os **sentimentos** perceberam em relação à atividade, fazendo uma reflexão sobre o momento em que estão no abrigo e quando estavam na rua, os que mais foram citados: “animação”, “saudades”, “alegria”, “bem-estar” e vontade de aprender e de viver, “entretenimento” dentre outras.

A oportunidade de trabalhar arte com a população de rua foi uma grata surpresa e, ao mesmo tempo, necessitou de persistência porque, em muitos casos, as pessoas não se sentiam motivadas para participar da atividade, enquanto outras queriam participar mais de uma vez. Essa dicotomia nos fez perceber o quanto a população de rua guarda suas aptidões e talentos e o quanto isso se torna desinteressante num ambiente que não é propício para alguns deles.

A rua muitas vezes embrutece, mas existem muitos conteúdos guardados pelos caminhos tortuosos da vida de cada um e que podem ser percebidos em atividades que despertam talentos ou criatividade. Em algumas situações, houve momentos de nostalgia, em outros, solicitações de mais atividades do mesmo tipo para que eles ou elas pudessem gerar alguma renda com as atividades e conhecimentos produzidos. Isso demonstra uma abertura para reivindicações que talvez essas pessoas não tenham tido oportunidades anteriores, ao mesmo tempo em que podemos identificar as vontades existentes nessa dimensão, tão pouco explorada na área da saúde.

**Figura 1.** Pintura a casa.



Fonte: Arquivos CNAR, 2024

Com relação à representação e o significado da atividade, segundo eles foram, principalmente a evocação de memórias e sentimentos relacionados à saudade de um tempo passado, lembranças da família e de casa: “*Lembrei da minha família. Estão por ai... Pinteí minha casa de infância, era minha casa.*” (Participante 2).

A participante acima marcou a equipe porque ela pintou justamente a casa que disse ser dela na infância e a sua fala foi carregada de emoção e segurada pelas lágrimas que marejavam seus olhos. A equipe percebeu que ela travou ao falar do tema, então procurou falar de outras coisas, do lanche, dos brindes que recebeu e ela manifestou que gostou muito da mochila e que iria guardar suas coisas nela dali para frente.

Nesse sentido, Vigotski afirma que:

A arte transfigura a realidade não só nas construções da fantasia, mas também na elaboração real dos objetos e situações: a casa,



o vestiário, a conversa e a leitura(...). O que deve servir de regra não é o adorno da vida, mas a elaboração criadora da realidade, dos objetos e seus próprios movimentos, que aclara e promove as vivências cotidianas ao nível de vivências criadoras (Vigotski, 2001, p.352).

Todo ser humano carrega consigo marcas da vida, e essas marcas são o resultado das relações estabelecidas, do estilo de vida adotado pelas famílias, das questões econômicas e financeiras, dos impactos que a sociedade nos imputa, dentre outros determinantes que estão de forma isolada ou em conjunto, influenciando as escolhas das pessoas e determinando o estilo de vida nas ruas.

Foi indagado aos participantes também, quais as emoções que eles tiveram em relação à atividade, fazendo um paralelo entre abrigo e a rua. Dentre as principais emoções, foram citadas: animação, alegria, bem-estar e vontade de aprender e de viver, entretenimento e astral elevado. Com relação à representação e ao significado da atividade, segundo eles foi principalmente a evocação de memórias e sentimentos relacionados, principalmente a: saudade de um tempo passado, lembranças da família e de casa.

A pessoa em situação de rua acaba sofrendo inúmeros estigmas e visões negativas de uma sociedade que não os vê como parte dela e, às vezes, resultado de uma omissão que gera a exclusão. Em muitos ainda impera a ideia de que estar na rua é uma punição pela incapacidade individual da pessoa que não se adequa, não trabalha ou que escolheu viver a vida assim.

Não ter uma visão mais crítica com relação à complexidade dos determinantes que levaram as pessoas à condição de rua é um equívoco do imaginário social que precisa ser revisto. Conforme afirma Sawaia (2009), a desigualdade social é experienciada como uma constante ameaça à vida e à existência, que limita, cerceia a experiência e impõe diferentes formas de humilhação. Nesse sentido, oportunizar momentos em que essas pessoas

possam de fato se expressar, despertar a criatividade e ao mesmo tempo, questões profundas das experiências da vida e da rua.

É por que nós não tínhamos participado antes né, mas, para mim é como uma terapia né, mexe com a mente a inspiração do corpo [...] e desenvolver aquilo que você pensa que você raciocina, desenvolver no papel algum tipo de arte, sempre tentando inspirar aquilo que você quer né o que você expõe, como chegar na fase de expor, aí explicar o que sentiu o que que a arte quer passar, as vezes muitos inspiradores tem esses lados, as vezes é mais ou menos por aí, poucas vezes eu trabalhei com arte, aí hoje eu tive oportunidade, como surgiu a oportunidade [...] Mesmo eu não sabendo muito, que eu não tenho um dom né, não sou um Michelangelo um Leonardo, mas eu me dispus a fazer do modo que eu fiz então pra mim é uma primeira experiência, foi muito legal porque a gente ocupou nosso tempo e desenvolvi coisas boas, e ajuda no trabalho de cada um [...] eu procuro sempre me dispor a aprender e as vezes o profissional quer passar algo ou quer descobrir algo um talento as vezes você tem algo lá no fundo e você não sabe, às vezes a gente pode ser uma pessoa brilhante né pode ter um dom mas a gente e de uma hora para outra a gente pode desenvolver (Participante 4).

A fala desse participante é muito interessante porque indica que demonstrou a forma como vê a arte e conhece um pouco de seus expoentes, inclusive citando Da Vinci e Michelangelo, bem como deu importância à atividade que participou como sendo uma oportunidade para descobrir talentos.

**Figura 2.** Pintura II a Ave



Fonte: Arquivos CNAR, 2024

Os significados vieram à tona nas atividades de pintura já que a intenção era despertar os talentos e identificar como as experiências de vida emergiriam durante a atividade. Dessa forma, os diálogos na socialização das pinturas eram seguidos de perguntas como: - Então me diz uma coisa [...] teu desenho tem algum significado?

O participante acima realizou a atividade de forma relutante, demonstrou pouco interesse na atividade, porém, ao se passarem alguns minutos, a pintura ficou pronta e ele mesmo procurou a equipe para falar sobre o que desenhou e pintou:

Porque assim, eu tentei fazer uma ave né queria fazer uma bonita né se eu fosse um desenhista mesmo profissional queria fazer uma águia da melhor forma sabe só que eu não tenho esse dom porque essa águia ela tem uma certa inspiração né ela se renova ela nunca desiste então ela tá nesse ciclo de inovação e é isso que os seres humanos precisam hoje principalmente essas pessoas que frequentam o pop então eu venho para cá e vim já com isso na cabeça pensando só que eu não consigo né, se tivesse uma foto né, talvez eu desenhasse melhor fazer um negócio melhor

até onde eu pude eu fiz, então meu melhor pensamento foi na águia, ela se renova (Participante 5).

A equipe indagou se ele se identificava com a ave e a reflexão dele segue profunda:

Eu me identifico muito com a águia porque é a inspiração do nosso criador, é um pássaro que ele se renova e é muito infinito isso aí a ciência, biologia, eles estudam isso talvez eles não alcancem como elas se renovam como funciona, mas é bem inspirador por que serve de exemplo é um relacionamento puro das aves né, diferente do ser humano, então é uma inspiração infinita que talvez filosofia, faculdade, não consiga alcançar tudo tem seus dois lados então cada um tem um sentimento uma forma de pensar então essa foi a melhor [...]por isso que eu desenhei assim meio[...] mas saiu legal.

Certamente ele se refere à renovação, à resistência e quando fala que a águia se renova, ele está se colocando como o pássaro que tentou representar no desenho que fez. É interessante notar que ele apreciou sua obra de arte e isso é muito significativo, pois se percebe que teve prazer em realizar a tarefa, se identificando com ela.

Ainda que de forma muito paradoxal, a arte é um caminho que abre a mente para inúmeras possibilidades, promove processos de descobertas de si, de autoconhecimento e do mundo, promove ações de engajamento, de tomada de decisão, auxilia na redução do consumo do álcool e outras dependências, alívio de problemas relacionados à saúde mental, bem como no reconhecimento de si e no respeito (Thomas *et al.*, 2011).

A pintura 3 foi escolhida porque se trata de um quadro pintado por uma pessoa que já tinha experiência com a arte numa escola de samba da cidade e ela fez questão de participar, falou que não gostaria de se identificar porque justamente naquele momento ele estava vivendo na rua e aquilo era

algo que ela não queria revelar. De outro modo, a equipe percebeu que ela colocou toda sua criatividade durante a atividade e se mostrou empolgada.

**Figura 3.** Pintura II a Rua.



Fonte: Arquivos CNAR, 2024

Falou pouco e demonstrou que não gostaria de aparecer, afirmou que se fossem fazer uma exposição, que poderíamos utilizar o quadro, mas ele não participaria. Por outro lado, a imagem desperta várias sensações típicas do cotidiano da Amazônia ribeirinha, com os rios, a floresta viva, um pôr do sol forte, o canoieiro ou um pescador no seu trajeto diário de trabalho pelos rios da nossa imensa floresta.

Temas esses extremamente frequentes na vida desse participante em particular. Esse processo artístico e expressivo é fundamental para dar voz àqueles que são socialmente conhecidos como os (in)visíveis da sociedade. Serve como um espaço para a sensibilização e reflexão acerca da fragilidade das condições de vida, das formas de (re) produção da existência na rua e da busca de (re)significações de valores e novos conceitos.

## Conclusão

---

Levar a arte para a população de rua durante a pandemia de covid-19 foi particularmente importante para ela e para a equipe. Primeiramente porque a saúde não está restrita às consultas e exames, ela é atravessada por expressões da realidade social e das realidades subjetivas. Segundo, porque foram possibilitados momentos que impulsionaram a criatividade, a livre expressão através da arte e o contato com o lúdico, o que raramente se faz dentro de políticas destinadas a estas populações.

Desenvolver projetos como este, exigem que estejamos despojados e dispostos a abrir as possibilidades para o novo, para fazer parcerias, para deixar a própria sociedade participar, de algum modo, onde nossas possibilidades são limitadas e isso foi muito presente na parceria com a UFAM. Nesse sentido, as parcerias são substancialmente importantes porque onde falta algo em um lugar, pode estar sobrando noutra, o que resulta em grandes oportunidades.

Para a população de rua foi dada a possibilidade de criação, de expressão do eu e dos sentimentos que a envolveram durante todo o processo de criação. Para a equipe, a certeza de que seguimos um caminho mais humanizado ao buscar, de fato, ouvir para além dos sintomas, dar voz a essas pessoas, que muitas vezes estão caladas pelo contexto em que vivem, apreender a gama de experiências que carregam, como são refletidas no ambiente vivido e as expectativas após o período de abrigo, uma vez que sendo temporário, o retorno às ruas era latente.

Nessa construção, a escuta, o acolhimento e o vínculo foram protagonistas do cuidado, a saúde tem sido produto do coletivo, mas o caminho é longo e cheio de aberturas a serem preenchidas na/para a população de rua. Permeando ainda todo esse processo, a arte encontrou lugar entre essas pessoas improváveis, mas que se mostraram ricas

e dispostas a não somente produzir algo, mas também trazer novos significados, críticas sociais e impressões que atravessam a existência de cada um deles.

## Referências

---

- Alves, Y. D., & Pereira, P. P. G. (2019). Uma antropologia do “fluxo”: reflexões sobre dependência no contexto do crack. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v.16, n.1, p. 121-142, jan./abr.
- Félix-Silva, A.V, Sales, R.C.M., & Soares, G.P. Modos de viver e fazer arte de pessoas em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 21(1), janeiro a março de 2016, 46-57.
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 364-372, set./dez.
- Thomas, Y., Gray, M., McGinty, S., & Ebringer, S. (2011). Homeless adults engagement in art first steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*, n. 58, p. 429-436.
- Vigotski, L. S. (2001). A Educação Estética. In: *Psicologia Pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes, p. 323-363.
- Locke, J. (1973). *Ensaio acerca do entendimento humano*. São Paulo: Abril Cultural, p. 165.
- Mambembe, A. (2016). *Necropolítica, Biopoder soberania estado de exceção política da morte*. Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufRJ | n. 32 | dezembro.
- Silveira, J. L. G. C, Kremer, M. M, M. E. U. C. da Silveira, Schneider. (2020). Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: Contribuições para a formação e cuidado integral em saúde. *Interface (Botucatu)*.





# Programa de Imunização! Uma conquista compartilhada

O Programa Nacional de Imunização, com mais de 50 anos de existência, do qual participei como Coordenadora Estadual de Imunização do Amazonas num período de 28 anos e obtivemos através do nosso trabalho e parcerias um trabalho de sucesso e realizações!

Sabemos de todas as nossas dificuldades que enfrentamos para o alcance de coberturas vacinais adequadas! Ao longo desse período, implantamos energia solar nos locais de difícil acesso, utilizamos hora voo!

Os trabalhos apresentados evidenciam estratégias para o alcance das coberturas vacinais de acordo com a realidade de cada município!

Parabéns a todos que participaram e participam desse processo! Coordenadores municipais de Imunização, vacinadores, voluntários! Continuemos lutando pelo melhor!

Programa de Imunização! Uma conquista compartilhada, pelo setor público e sociedade, pelos profissionais e população...

Um desafio que se renova a cada dia, no esforço, na vontade e no compromisso de cada um nós!!!

**VACINAR É PROTEGER!!!!**

Maria Izabel Nascimento

Servidora Pública da Secretaria de Estado da Saúde (SES), durante 28 anos atuou como Coordenadora do Programa Estadual de Imunização do Amazonas.



# Sobre Organizadores, Autores e Autoras

## **Bernardino Cláudio de Albuquerque**

Médico Infectologista, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas UFAM e Pesquisador Adjunto da Fundação de Medicina Tropical – FMT.

## **Cláudio Pontes Ferreira**

Secretário Executivo do Cosems-AM. Administrador, Contador, Mestre em Saúde Pública/Fiocruz. E-mail: claudio.cosems@gmail.com

## **Cristiano Fernandes da Costa**

Biólogo, Sanitarista Pós - Graduado em Gestão de Sistemas de Saúde Pública e Rede de Atenção Primária e Mestre em Biologia Urbana com ênfase a Doenças Emergentes e Reemergentes. Servidor Público de carreira da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

## **Gigellis Duque Vilaça**

Enfermeira. Mestre em enfermagem no contexto amazônico pela UFAM. Coordenadora do apoio regional do COSEMS-AM. E-mail: gigellis.cosems@gmail.com

## **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

### **Maria Adriana Moreira**

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Alagoas. Pós-graduação Lato Sensu em MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAÚDE - ILDM/Fiocruz Amazônia. Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems-AM). E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com.br

## **Autores e Autoras**

### **Aldilene Miranda de Albuquerque**

Técnica de Enfermagem, UBS Clínica da Família Waldir Bugalho de Medeiros, Técnica responsável da Sala de Vacina. E-mail: aldilenema@gmail.com

### **Augusto Cesar Nunes Alves**

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ Unidade/Serviço: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant-AM. E-mail: agosto.cna@gmail.com

**Antônio Amâncio Neto**

Mestre em saúde pública pela ILMD/FIOCRUZ AMAZONIA. Unidade/Serviço: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas – COSEMS-AM. E-mail: drantonioamancioneto@gmail.com

**Ana Kelly Rodrigues Amaro Ugarte**

Médica. mestranda em epidemiologia em saúde pública pela Fiocruz. Secretária Municipal de Saúde de Santa Isabel do Rio Negro. E-mail: anakelly.amaro@gmail.com

**Adriana Batalha da Silva**

Técnica de Saúde Indígena - DSEI/Manaus-AM. Esp. Pós técnica em urgência e emergência. Neonatologia e pediatria. E-mail: adrianabatalha35@gmail.com

**Alexsanderson de Souza Passos**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Manaus – Fametro/AM. E-mail: sandersonsmafra@hotmail.com

**Alexsandro Felix de Oliveira**

Graduação em Enfermagem. Mestrando em Epidemiologia da Saúde da Criança e da Mulher (ENSP-Fiocruz). Especialista em Saúde Digital (UEA). Especialista em Saúde Ambiental (Fiocruz/ILMD). Coordenador de Endemias de Manicoré. E-mail: ale.felix@hotmail.com

**Alice Ermínia de Souza Mafra**

Bacharelado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da UBS Raimundo Rolim da Cruz. E-mail: alicemafra433@gmail.com

**Aline Aparecida Ferreira Artini**

Mestre em Saúde Pública. Sanitarista pelo Instituto Leônidas Maria Deane- FIOCRUZ. Bacharel em Relações Internacionais. Licenciada em Letras – Francês/Inglês/Português; Docente do Curso de Relações Internacionais - Faculdade LaSalle – Manaus. Integrante do Laboratório de Pesquisa e História de Saúde da Amazônia – LAPHSA/ILMD/FIOCRUZ. Servidora efetiva da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA – Manaus-AM. E-mail: alineartini@yahoo.com

**Ana Geralda da Paixão Soares**

Agente Comunitário de Saúde. E-mail: anageraldapaixao@gmail.com

**Antônio Luiz de Souza Félix**

Graduado em Enfermagem. Pós-graduando em Ginecologia e Obstetrícia. E-mail: antonioenfer02@gmail.com

**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

**Daniele Santana Ramos**

Sanitarista. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: danielasantana228@gmail.com

**Daiana Santana Ramos**

Educadora Física. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: dsr.mgr22@uea.edu.br

**Dorisnei Xisto de Matos**

Enfermeira. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: dorys.matos@gmail.com

**Douglas do Nascimento Mendes**

Fisioterapeuta. Secretaria Municipal de Saúde de Itamarati. E-mail: mmdouglas.mendes@gmail.com

**Eliangela Falcão**

Enfermeira. Coordenadora da Saúde da Mulher no município de Urucurituba (SEMSA). E-mail: eliangela.falcao16@gmail.com

**Elines Alves Moura da Silva**

Licenciada em Ciências Biológicas/UEA. Bacharela em Enfermagem/UNIP. Secretaria Municipal de Saúde de Tefé - Coordenação Municipal de Imunização. E-mail: elinesmoura1978@gmail.com

**Elison Gonçalves da Silva**

Enfermeiro. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: elisongoncalves1@gmail.com

**Emília Soares de Souza**

Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade FAMETRO. Especialização em Obstetrícia e ginecologia. Enfermeira Gerente da UBS Raimundo Rolim da Cruz. E-mail: emilia.soares.souza11@gmail.com

**Fabiola Mendonça da Silva Chui**

Doutora em Endodontia. Especialista em Educação em Saúde, Universidade do Estado do Amazonas. Secretária Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: fchui@uea.edu.br

**Geida dos Santos Silva**

Assistente Social, no município de Urucurituba (SEMSA). E-mail: geida.santos1989@gmail.com

**Geovane Silva da Silva**

Enfermeiro. Secretária Municipal de Saúde de Itamarati. geovane. E-mail: silva632@gmail.com

**Hudson André Arouca Cauper**

Enfermeiro, SEMSA. E-mail: hudson\_cauper@yahoo.com.br

**Ingredd Nathacha Cavalcante Tomaz**

Graduada em Enfermagem. Pós-graduada em Obstetrícia e UTI. E-mail: nathachatomaz11@gmail.com

**Isabel Cristina Hernandes**

Especialista em Vigilância em Saúde. Secretária Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: isabel.hernandes@pmm.am.gov.br

**Jacqueline Cavalcante Lima**

Especialista em saúde da família, SEMSA. E-mail: jacquelinecavalcanti@hotmail.com



**Janayla Bruna Oliveira de Aguiar**

Mestra em Saúde Pública/ PPGVIDA- ILMD Fiocruz/Amazônia. Pós-Graduação em Gestão Regionalizada do SUS, na Amazônia pela Fiocruz-ILMD. Pós-Graduação em Saúde Indígena pela UNIFESP. Pós-Graduação em Nutrição Materno Infantil e Nutrição Clínica pela Faculdade Metropolitana de São Paulo. Responsável Técnica pela Vigilância Alimentar e Nutricional - DSEI-ARS. Pesquisadora do LAHPSA/Fiocruz Amazônia e do Minilaboratório da Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA-Tabatinga/AM. E-mail: janayla\_oliveira@hotmail.com

**João Carlos Silva de Oliveira**

Mestre em Engenharia de Processos. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: joao.carlos@pmm.am.gov.br

**Josely Maria Brandão Colares**

Graduação em Enfermagem. Especialista em Gestão em Programas em Saúde da Família. Coordenadora do PNI de Manicoré. E-mail: malucolares09@gmail.com

**Josivane Reis Nogueira**

Especialista em Vigilância em Saúde na Rede da Atenção Primária/ FIOCRUZ. Unidade/Serviço: Secretaria Municipal de Saúde de Benjamin Constant-AM. E-mail: josivanereis14@gmail.com

**Karina Reis de Oliveira**

Fisioterapeuta. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: karol.reis14@gmail.com

**Keyth Ellen Galvão Quintino**

Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas, especialização em GESTAO EM SAUDE pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas. E-mail: keythellen\_n@hotmail.com

**Lecita Marreira de Lima Barros**

Especialista em Saúde Pública (UFBA). Graduada Farmácia em Bioquímica (Nilton Lins). Secretaria Municipal de Saúde de Tefé - Secretária de Saúde. E-mail: lecitamarreira@gmail.com

**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 Cosems. E-mail: liliamsilva517@gmail.com

**Liliane da Silva Soares**

Graduação em Enfermagem. Especialista em Obstetrícia. E-mail: enflilianesoares@hotmail.com

**Lindoneide Frazão Bezerra**

Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Amazonas. Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Estratégia Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Master de Parauapebas. Enfermeira Gerente da UBS Hermínia Maria Simões. E-mail: lindafracao59@gmail.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**

Enfermeira, SEMSA. Email: luciahjorge@gmail.com

**Luene Silva Cota Fernandes**

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: luene21costa@gmail.com

**Lupuna Corrêa de Souza**

Pós-doutora em Cartografia Social e Política da Amazônia pela Universidade Estadual do Maranhão. Doutora em Sociedade e Cultura da Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas e mestre em Geografia pela mesma instituição. Exerce atividades como pesquisadora no Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) na FIOCRUZ Amazônia. E-mail: lupunasouza6@gmail.com

**Lysandra Nivia Guimarães Farias**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdades Integradas do Tapajós (FIT). Especialização em Formação Pedagógica. Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, Enfermagem Intensiva em Alta Complexidade e Saúde da Família e Comunidade. Secretária Municipal de Saúde. E-mail: lysandranivea@gmail.com

**Maria Dinez Fabá de Oliveira**

Enfermeira, SEMSA. E-mail: estudantedinezoliveira@gmail.com.br

**Maria de Nazaré Feitosa Xaud**

Técnica em Enfermagem, SEMSA. E-mail: nazaxaud@hotmail.com

**Mariles da Silva Bentes**

Graduação em Enfermagem. Especialista em Gestão em Programas de Saúde da Família. Coordenadora da Vigilância em Saúde de Manicoré. E-mail: marilesbentes.semsa@gmail.com

**Marinalda Alves da Silva**

Técnica de Enfermagem, UBS Clínica da Família Waldir Bugalho de Medeiros, Técnica da Sala de Vacina. E-mail: marinaldaalves792@gmail.com

**Mário Sérgio Scaramuzzini Torres**

Mestre em Engenharia de Software, Ocean Manaus. E-mail: mario.torres@oceanbrasil.com

**Michael Amaral de Oliveira**

Odontologista no município de Urucurituba (SEMSA). E-mail: michaelamaral.mao@gmail.com

**Michele Monteiro**

Graduada em Agente Administrativa-DSEI/Manaus-AM. E-mail: michellmonteiro9104@gmail.com

**Michele Rocha El Kadri**

Doutora em Saúde Pública. Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia. E-mail: michele.kadri@fiocruz.br

**Nazivaldo Caciocley Camelo Correa**

Mestre em Automação. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.  
E-mail: nazivaldo.correa@manaus.am.gov.br

**Ozian da Silva Carvalho**

Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Enfermeiro Gerente da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria do Socorro Oliveira Matos. Coordenador Municipal de Imunização. E-mail: silvaozian1992@gmail.com

**Péricles Tavares Vieira Filho**

Administrador. Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha-AM. E-mail: periclesvieirafilho@gmail.com

**Raquel Lira de Oliveira Targino**

Mestre em Psicologia, SEMSA. E-mail: raquellira12@gmail.com

**Reginaldo da Silva Viana**

Especialista em Urgência e Emergência Pediátrica. Ginecologia e obstetrícia e saúde Indígena. Bacharel em Enfermagem. Saúde pública com ênfase em Estratégia Saúde da Família. E-mail: reginhoviana\_@hotmail.com

**Robert Vasconcelos Ramos**

Enfermeiro. Coordenador do PIN no município de Urucurituba (SEMSA). E-mail: robert10enf@gmail.com

**Rodrigo da Silva Lopes**

Especialista em Odontopediatria. Cirurgião Dentista, DSEI. Manaus-AM. E-mail: rodrigolopes1983@hotmail.com

**Rogério Luiz Araújo Carminé**

Mestre em Engenharia de Software, Instituto Federal do Amazonas/Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: rogerio.carmine@ifam.edu.br

**Rosiane Pinheiro Palheta Siegele**

Doutora em Serviço social, SEMSA. E-mail: anypinheiro@hotmail.com

**Sabrina Araújo de Melo**

Graduação em Biomedicina. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Análises Clínicas e Microbiologia. Coordenadora da Vigilância em Saúde de Manicoré. E-mail: sabrinaamello65@gmail.com

**Sandy Helena Silva Graça**

Enfermeira. Coordenadora do PNI Municipal, Benjamin Constant-AM. E-mail: sandyheitor04@gmail.com

**Saymon Erickson da Silva Souza**

MBA em Gestão de Projetos, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. E-mail: saymon.souza@pmm.am.gov.br

**Sonaira Serrão Castro Ribeiro**

Secretaria Municipal de Saúde de Parintins-AM. E-mail: sonaira\_castro@yahoo.com.br. Graduação em Odontologia pela

Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no Sus (HSL). Mestranda no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAÚDE - ILDM/Fiocruz Amazônia. E-mail: sonna\_castro@yahoo.com.br

### **Sônia Maria Lemos**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social-IMS/ UERJ. Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Especialização em Saúde Coletiva pela Universidade de Cruz Alta. Graduação em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo. Professora Adjunta da Universidade do Estado do Amazonas. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia- LAHPSA/Fiocruz-Amazônia. Coordenadora da Rede Unida Norte. Membro da Câmara Técnica de graduação, da CIRHRT/CNS. E-mail: slemos@uea.edu.br

### **Stephanie Castilho da Costa**

Enfermeira, UBS Clínica da Família Waldir Bugalho de Medeiros, Coordenadora de Sala de Vacina. E-mail: stercosta17@gmail.com

### **Tatia Lamara Magno Moraes**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdades Integradas do Tapajós (FIT). Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde, Enfermagem, Enfermagem Intensiva em Alta Complexidade e Gestão em Saúde. Coordenadora Municipal de Atenção Primária a Saúde. E-mail: tatialamara@hotmail.com

**Teila do Socorro Jacob Laborda**

Agente Comunitário de Saúde. E-mail: teilalaborda22@gmail.com

**Tiego França de Souza**

Graduado em Letras – Língua Portuguesa pela Universidade do Estado do Amazonas – Núcleo de Ensino superior de Manicoré. Acadêmico em Enfermagem na Faculdade Metropolitana de Manaus – Fametro-AM. E-mail: tiegosouza77@gmail.com

**Vilma Costa Rodrigues**

Enfermeira no município de Urucurituba (SEMSA). E-mail: wilmarodrigues25@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  
Interloquções 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



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-5462-201-1



ILMD INSTITUTO LEONIDAS & MARIA LEÃES FIOCRUZ AMÃZONIA



FIOCRUZ

