



AMAZONAS, AQUI TEM SUS:

banzeirando o cuidado nos lugares de vida

Série
Saúde &
Amazônia

Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Gigellis Duque Vilaça
Maria Adriana Moreira
Alcindo Antônio Ferla

ORGANIZADORES

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



ORGANIZADORES

Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Gigellis Duque Vilaça
Maria Adriana Moreira
Alcindo Antônio Ferla

Série Saúde & Amazônia

“Amazonas, Aqui tem SUS”: banzeirando o cuidado nos lugares de vida

1ª Edição
Porto Alegre
2026



Copyright © 2026 by Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Gigellis Duque Vilaça, Maria Adriana Moreira, Alcindo Antônio e Associação Rede Unida



Este trabalho está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição-NonComercial-Compartilhado 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, 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);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
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
Pedro Lima de Almeida Martins-Costa



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A656

“Amazonas, Aqui tem SUS”: banzeirando o cuidado nos lugares de vida / Júlio Cesar Schweickardt; Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos; Gigellis Duque Vilaça; Maria Adriana Moreira; Alcindo Antônio Ferla (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

441 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 43).

E-book: 12.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-298-1

DOI: 10.18310/9786554622981

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. - Sistema Único de Saúde. 4. Amazonas. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 525-590

CDU 614 (282.281.3)

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

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

www.redeunida.org.br



Saúde & Amazônia, 43

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”, em 2025, organizada 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.

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas – COSEMS AM

A publicação foi realizada a partir das Mostras “Aqui Tem SUS”, em 2025, organizada 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.

As produções tiveram o apoio das agências de Fomento para os estudantes da Pós-Graduação, colaborando com a qualidade dos textos. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/Governo Federal foram fundamentais para a formação de mestres e doutores na região Amazônica, parte dos quais são autoras e autores deste livro.

REVISORES E AVALIADORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Alcindo Antônio Ferla, Viviane Lima Verçosa, Lupuna Corrêa de Souza, Cleudecir Siqueira Portela, Flávia Roberta Dias Coelho, Mariza Quércio Machado, William Pereira Santos, Artur Nascimento Barbedo Couto, Sonaira Serrão Castro Ribeiro, Caroline Soares Nobre, Dario Saraiva de Aguiar (LAHPSA/Fiocruz Amazônia), Sônia Maria Lemos, Ana Paula de Carvalho Portela (UEA), Fabiana Mânica Martins (UFAM), Thalita Renata das Neves Guedes (SEMSA Manaus), Janayla Bruna Oliveira de Aguiar (SEMSA Tabatinga), Alcindo Antônio Ferla (UFRGS), Ana Elizabeth Souza Reis (UnB), Gigellis Duque Vilaça, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Maria Adriana Moreira, Rúbia Prestes Jacaúna, Mayara dos Santos Ferreira, Lígia Menezes da Mata, Ariane Guerreiro de Souza, Adriane Farias Valentin (COSEMS AM).

Sumário

Prefácio Ministro da Saúde Saúde no Amazonas e na Amazônia: uma comemoração ao Sistema Único de Saúde	11
Alexandre Padilha	
Prefácio Secretária de Estado de Saúde do Amazonas O SUS vivo nos territórios amazonenses	16
Nayara Maksoud	
Os caminhos do SUS no Amazonas: um cuidado situado e territorializado na saúde	18
Júlio Cesar Schweickardt, Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos, Gigellis Duque Vilaça, Maria Adriana Moreira, Alcindo Antônio Ferla	
Monitoramento inteligente e busca ativa: redução da vulnerabilidade reprodutiva em mulheres e adolescentes no município de Atalaia do Norte/AM	42
Suênio Trindade Alves, Viviane Lima Verçosa, Janaina da Silva Cabral	
Um amor umbilical que nunca se rompe: atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Barcelos, AM	64
Ellen Amanda Lira de Carvalho Castro, Roberval Castro da Silva, Artur Nascimento Barbedo Couto, Mariza Quércio Machado	
UBS Quilombola: Ações de Saúde para o fortalecer de vínculo com a Comunidade e Valorização Cultural	75
Elison Gonçalves da Silva, Lucas da Silva de Almeida, Wanderson Rodrigues de Souza, Sara da Silva Negreiros, Claudia de Souza Carneiro, Dorisnei Xisto de Matos, Daiana Santana Ramos,	
Telessaúde como Estratégia de Redução das Iniquidades no SUS: o caso de Boa Vista do Ramos, AM	90
Raimara Aragão Alfaia, Lysandra Nívea Guimarães Farias, Tátia Lamara Magno Morais, Khassiara Desadora Soares do Carmo, Elioinai de Araújo Miller	

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para o atendimento às vítimas de violência sexual: uma experiência participativa no município de Borba..... 106

Tuany Lima de Souza, Lígia Menezes da Mata, Artur Nascimento Barbedo Couto

Puxirum: humanizando o atendimento à população ribeirinha na Casa de Apoio no município de Carauari..... 117

Keila Maria da Silva e Silva, Mayara dos Santos Ferreira, Liliam Rafaelle Souza da Silva

O Protagonismo do Cosems nas articulações Interfederativas no Contexto Amazônico 135

Liliam Rafaelle Souza da Silva, Ariane Guerreiro de Souza, Sandy Helena Silva Graça, Lígia Menezes da Mata, Gigellis Duque Vilaça, Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Entre Rios e Redes: O COSEMS tecendo a regionalização no Estado do Amazonas 152

Glauciane Marinho Feitoza, Rúbia Prestes Jacaúna, Liliam Rafaelle Souza da Silva, Caroline Soares Nobre

Imunização em uma reserva extrativista de Eirunepé (AM): vivências e desafios..... 163

Antônio Luiz de Souza Félix, Nataly Nascimento Rodrigues, Flávia Roberta Dias Coelho, Francisco Erleilson Ferreira Galdino, Lilliam Rafaelle Souza da Silva

A Educação Permanente na prevenção de acidentes ofídicos em áreas remotas da Amazônia brasileira: relato de experiência no município de Ipixuna 180

Edson Fidelis da Silva Júnior, Tharsis Santos Costa, Marluce Mineiro Pereira, Liliam Rafaelle Souza da Silva

Integração Digital no SUS: a experiência de Itacoatiara no cuidado a crianças com TEA 192

Paulo Cesar Martins dos Santos Junior, Júlio Cesar Schweickardt, Dario Saraiva de Aguiar

Itapiranga, o lugar da “pedra vermelha”: estratégias de ampliação da cobertura vacinal..... 205

Elizandra Pimentel Campos, Glaucia Arine Boas Ribeiro, Ana Zilda Correa Queiroz, Laene Conceição Gadelha, Ana Elizabeth Souza Reis, Ariane Guerreiro de Souza

Fortalecimento da saúde sexual reprodutiva da mulher ribeirinha: implicações no cuidado a partir do dispositivo intrauterino (DIU) 221

Wanderlane da Costa Silva, Ivanete Sena de Araújo, Raiane de Souza Teixeira, Patrícia da Costa Franco, Josiane de Souza Medeiros

A Trajetória de Joselio Martins na Amazônia e o Projeto Cunha: vozes e vidas que curam no município de Manaquiri 236

Joselio da Silva Martins, Marlethy Monteiro da Silva, Rosijane Bentes Duarte, Lupuna Corrêa de Souza

Dr. Sorriso da Floresta”: estratégia de promoção do acesso à saúde bucal em comunidade ribeirinha de Manaus, AM 244

Elves de Sá Guedes, Kátia Regina Felizardo Vasconcelos, Renilson Brito Gomes, Fabiana Mânica Martins

Equidade e cuidado integral: estratégias de uma equipe da ESF para ampliar o acesso de mulheres transexuais e travestis no município de Manaus.. 270

Domingos Sávio Nascimento de Albuquerque, Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato, Sônia Maria Lemos

Inovação digital na regulação de consultas e exames especializados: desafios, impactos e contribuições estratégicas para o SUS em Manaus-AM 288

João Carlos Silva de Oliveira, Nazivaldo Caciocley Camelo Correa, Mário Sérgio Scaramuzzini Torres, Gilmara Rocha de Oliveira, Junio dos Santos Chaves, Rogério Luiz Araújo Carminé, Saymon Erickson da Silva Souza, Fabíola Mendonça da Silva Chui

“Nenhuma criança fica para trás”: garantindo a imunização na UBS Emile Tássia, município de Manicoré, AM..... 314

Lívia de Carvalho Cuadal, Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa, Jackline dos Santos Bentes, Vanessa Colares Magalhães, Maria Adriana Moreira, Zilda Maria de Medeiros Gonçalves, Erigilsa Lopes da Silva, Josely Maria Brandão Colares, Fabiana Mânica Martins

Operação bacilo: estratégias de combate à alta incidência da tuberculose em Nhamundá-AM..... 325

Milton Gama dos Santos, Lupuna Corrêa de Souza, Rúbia Prestes Jacaúna

Projeto linguinha solta: o impacto na qualidade de vida da população novolindense	332
Paula Raylane Gomes de Oliveira, Ayla Danielle Ferreira Leal, Luana Rodrigues Ferreira, Safira Mendes Viana, Albernice Teixeira Peixoto, Sonaira Serrão Castro Ribeiro, Mariza Quércio Machado	
Parintins no combate à obesidade mórbida: cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no SUS	347
Raí da Silva Cardoso, Aurea Raimunda Almeida de Figueiredo Vieira, Juliana Neves Ribeiro, Sabrina Cruz Azevedo, Janayla Bruna Oliveira de Aguiar, William Pereira Santos	
Fortalecendo a resolutividade na atenção primária à saúde: relato de experiência com pequenos procedimentos em Rio Preto da Eva, AM	357
Mônica Rocha Melo Manchesky, Cátia Lana Aquino de Oliveira, Marilena Facundes Fernandes, Caroline Soares Nobre	
Conectando vidas com o e-SUS território: um olhar sobre as águas do rio negro	365
Simone da Silva Lima, Orivaldo Oliveira Melgueiro, Marluce Mineiro Pereira, Gigellis Duque Vilaça	
Vacinação em Silves: quando o rio virou deserto, do banheiro à estrada de chão	378
Auricelia Maria Queiroz Assis, Adriane Farias Valentin, Fabiane Dutra Vilaça, Fabiana dos Santos da Silva Assunção, Taís de Brito Viana, Valdinam Terço de Oliveira, Willian Lira Grana, Cleudécir Siqueira Portela	
Tecnologia da informação em saúde frente à estiagem em Tefé (AM): estratégias de monitoramento e ações em resposta	397
Valcinei Silva Amorim, Cleia da Silva Pinheiro, Gleiciane Araujo Rodrigues, Lecita Marreira de Lima Barros, Robson Costa Pessoa, Eveline Menezes Caçote Barbosa, Flávia Roberta Dias Coelho	
No relaxar da canção eu vejo a prevenção: a coleta do exame preventivo em Urucurituba, Amazonas	412
Vilma Costa Rodrigues, Edneuzza Andrade, Robert Vasconcelos, Adriano da Silva Meireles, Adriane Valentin, Ana Paula de Carvalho Portela	
SOBRE ORGANIZADORES, AUTORES E AUTORAS	421



Prefácio Ministro da Saúde

Saúde no Amazonas e na Amazônia: uma comemoração ao Sistema Único de Saúde

Que alegria prefaciá-lo livro “**Amazonas aqui tem SUS: banzeirando o cuidado nos lugares de vida**”, organizado por Júlio Cesar, Izi Caterini, Gigellis, Maria Adriana e Alcindo! Amigos e amigas sanitaristas que também fazem da vida profissional uma enorme frente para a defesa do Sistema Único de Saúde e de todas as vidas. O livro é uma homenagem ao SUS e às diversidades humanas e territoriais e às políticas públicas democráticas, inclusivas e embasadas na ciência e na defesa das vidas.

O livro, organizado com capítulos produzidos a partir dos trabalhos apresentados na etapa estadual da “**Mostra Brasil aqui tem SUS**” no ano de 2025, com uma excelente curadoria dos organizadores e de um grupo expressivo de especialistas nos diferentes temas, tem protagonismo importante do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS AM), com a primorosa condução da nossa querida secretária Maria Adriana Moreira.

O leque de temas das narrativas, embasadas em experiências que se nutrem do esforço da gestão local e regional, é uma excelente comemoração do nosso sistema de saúde, que vem sendo implementado nesses 40 anos da

8ª Conferência Nacional de Saúde. Antes do SUS, e em países que não têm sistemas de saúde universais, imaginar sistemas locais de saúde atuantes e inovadores, como as narrativas demonstram, é um sonho muito distante. Nosso SUS, com a atenção primária capilarizada como em nenhum outro sistema de saúde, faz com que tenhamos percursos de cuidado sendo iniciados em todos os pontos de atenção distribuídos pelo território do Amazonas – e da Amazônia, de forma mais ampla – e que se continuam na atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Nos últimos quatro anos, a partir de uma determinação expressa do Presidente Lula, ampliamos a oferta de ações, facilitando o percurso pela atenção especializada, num esforço do Ministério da Saúde, dos gestores estaduais e municipais, em colaboração com instituições e serviços públicos e privados. O programa **Agora tem Especialistas** vem reduzindo filas e agilizando o atendimento por meio de diversas ações, como mutirões, teleconsultas, atendimentos e formação para populações indígenas e ribeirinhas, das “carretas da saúde” e de ações inovadoras que agilizam o acesso a ações de maior densidade tecnológica às populações amazônicas.

Não se trata de estratégias de comunicação e marketing institucional, mas de um grande esforço da gestão para oferecer mais ações e atendimentos de acordo com a necessidade de cada território. Na rede pública de saúde, muitos espaços estão subutilizados por falta de equipamentos, de médicos ou outros profissionais de saúde. E é justamente isso que o Agora Tem Especialistas resolve ao viabilizar as condições necessárias para que os hospitais públicos e as entidades filantrópicas que atendem o SUS possam ofertar ainda mais consultas, exames e cirurgias. Com mais essa ação, o programa do governo do presidente Lula está respondendo às demandas de saúde da população e reduzindo o tempo de espera na rede pública.

As narrativas escolhidas para compor o livro, que tem quase trinta capítulos, demonstram a importância do SUS na cobertura e na resolutividade das ações de saúde do SUS no Amazonas. Mas demonstram também um SUS

vivo e capaz de expandir e qualificar o cuidado às pessoas que fazem esse enorme território, maior do que diversos países do planeta.

As narrativas demonstram também uma ação governamental presente, nas diferentes esferas de governo, como é o SUS, atuando também na produção de inovações na gestão, na atenção, na formação e na participação em saúde. O SUS está presente no Amazonas e constrói iniciativas para cuidar das pessoas e o faz sempre melhor quando a gestão é compartilhada entre as esferas de governo e afasta a negação da ciência e das boas práticas nas ações de todos os níveis de governo. Avançamos muito em relação a isso no período do governo Lula e avançaremos mais.

Também é importante assinalar que as narrativas demonstram a singularidade do território amazônico, que sempre reivindicou ações próprias para fazer o SUS avançar. No meu percurso profissional e acadêmico, estive por um período longo exercendo funções de médico e professor no território Amazônico e sei, não apenas pelo estudo de indicadores, mas pela reflexão sobre a minha própria prática, que a saúde neste território tem necessidades comuns às demais regiões, mas tem também necessidades particulares. Que os desafios para a saúde na Amazônia são mais facilmente superados com a participação e com a reflexão densa em todos os territórios.

Territórios amazônicos que vivem uma missão dupla diante das mudanças climáticas, que são um dos maiores desafios contemporâneos para a saúde brasileira e global, ao lado do envelhecimento das populações. A crise climática mundial já é uma crise global de saúde pública. Em todo mundo, 1 em cada 12 hospitais foram paralisados por conta de tragédias climáticas. Doenças expandem sua presença em regiões antes não afetadas, por conta do aumento da temperatura média e a multiplicação de vetores. Estudos conduzidos pela Fiocruz mostram relação entre temperatura média elevada e aumento da prematuridade no nascimento. A Amazônia é, ao mesmo tempo solução para a lógica de relação entre as gentes e o ambiente e o lugar em que a população está entre as mais afetadas pelas mudanças climáticas. De um lado

a floresta em pé é o antitérmico do mundo, do outro a população e os serviços de saúde são fortemente afetados pelas secas e enchentes prolongadas.

Por isso, durante a Conferência das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (COP 30), aprovamos o Plano de Ação Belém de Adaptação dos Sistemas de Saúde para enfrentar as mudanças climáticas, com mais de 80 apoios entre países e instituições. Reduzir emissões de carbono e medidas mitigatórias são essenciais, mas adaptar os sistemas de saúde para proteger as populações mais afetadas é urgente! Nacionalmente ele se expressa no “Plano Setorial de Adaptação à Mudança do Clima (AdaptaSUS). Várias das suas ações compreendem eixos da estratégia Mais Saúde Brasil Amazônia Legal, com diferentes iniciativas para a Amazônia Legal, que estão em estreito diálogo com as questões levantadas nas narrativas deste livro. Consolidar estruturas, serviços e tecnologias do cuidado resilientes aos impactos das mudanças climáticas na população amazônica é a estratégia central deste esforço. As emergências climáticas, cada vez mais frequentes e mais graves, criam situações agudas sobre as quais precisamos atuar emergencialmente, mas também com ações de proteção do ambiente e das vidas amazônicas.

Mais um motivo para comemorar o livro e parabenizar as pessoas que compuseram capítulos, que fizeram a curadoria e que organizaram o livro. Ele “funciona” também como um marcador avaliativo das ações do Ministério da Saúde no Amazonas e na Amazônia, demonstrando o acerto das iniciativas do Governo Lula e apontando mais caminhos para seguir. A produção de narrativas densas e a produção de diálogos sobre elas, seja nos debates, seja na circulação do livro, nos ajuda a compreender melhor e a enfrentar de forma mais oportuna e eficaz as questões do cotidiano do SUS. Afinal, a Constituição Brasileira de 1988 determinou que o SUS deveria atuar também na formação das pessoas que trabalham na saúde, no desenvolvimento científico e tecnológico e na organização dos sistemas locais e regionais, e isso se torna realidade quando se produzem reflexões densas e se sistematiza as evidências na diversidade dos territórios.

Eu considero a iniciativa do livro uma inovação importante para o intercâmbio de tecnologias e, também, para demonstrar a enorme capacidade de diálogo dos sistemas municipais e regionais de saúde do Amazonas com as suas realidades locais e, com muita densidade, com o SUS nos diversos territórios brasileiros e de outros países que também mantêm sistemas universais de saúde e políticas públicas. Parabéns à Editora da Rede Unida, que publica mais um livro importante e oportuno.

Parabenizo em particular o COSEMS AM, a FIOCRUZ Amazônia e ao time de organizadores pela produção dessa excelente coletânea de narrativas sobre diferentes aspectos dos sistemas locais de saúde. Temos muito o que fazer, mas as narrativas demonstram que já caminhamos um longo percurso. Mais do que isso, demonstram que o banzeiro do rio embala as embarcações e ativa nosso compromisso com a saúde de todas as pessoas e de mundos mais inclusivos.

Boa leitura!

Alexandre Padilha
Ministro da Saúde



Prefácio Secretária de Estado de Saúde do Amazonas

O SUS vivo nos territórios amazonenses

É com profundo orgulho e senso de responsabilidade que apresento esta obra, que reúne experiências potentes, sensíveis e transformadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas.

Mais do que um conjunto de relatos técnicos, este livro é um retrato vivo de um SUS que pulsa nos territórios, que se reinventa diante dos desafios e que, sobretudo, cuida das pessoas onde a vida acontece — entre rios, florestas, comunidades e cidades.

O Amazonas é único. Nossas distâncias geográficas são imensas, os acessos às cidades são muitas vezes complexos, e as realidades diversas. Mas é exatamente nesse cenário que o SUS mostra sua maior força: a capacidade de se adaptar, inovar e garantir cuidado com equidade.

Cada capítulo desta obra revela que, mesmo diante de limitações geográficas e estruturais, há profissionais comprometidos, gestores engajados e comunidades protagonistas na construção de soluções que fazem a diferença na vida das pessoas.

Ao longo destas páginas, vemos o SUS sendo praticado em sua essência – próximo, humano, resolutivo e territorializado. A Atenção Primária

à Saúde se fortalece como porta de entrada e base organizadora do cuidado; a tecnologia surge como aliada para reduzir distâncias e ampliar acessos; a educação permanente qualifica as práticas assistenciais; e a articulação interfederativa demonstra que, juntos, somos mais fortes.

Destaco, com especial admiração, o protagonismo dos municípios e do COSEMS Amazonas, que seguem como pilares fundamentais na consolidação de um sistema de saúde mais integrado, eficiente e sensível às especificidades da nossa região. Este livro evidencia que a gestão compartilhada e o diálogo constante são caminhos indispensáveis para avançarmos.


Também é de fundamental importância reconhecer o compromisso e a dedicação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde que, diariamente, enfrentam desafios imensos para garantir atendimento digno e de qualidade à população. São eles que materializam o SUS na ponta, com criatividade, escuta qualificada e cuidado genuíno.

Esta publicação celebra experiências exitosas que nos inspiram. Inspira gestores, profissionais e toda a sociedade a acreditarem na potência do SUS e na capacidade de transformação. Cada relato aqui presente reafirma que é possível fazer diferente, fazer melhor e fazer com sentido.

Seguiremos avançando, com inovação, responsabilidade e compromisso com a vida. No Amazonas, o SUS, além de política pública, é uma rede viva de cuidado que se move com as pessoas e para as pessoas.

Boa leitura.

Nayara Maksoud
Secretária de Estado de Saúde do Amazonas



Os caminhos do SUS no Amazonas: um cuidado situado e territorializado na saúde

Júlio Cesar Schweickardt
Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos
Gigellis Duque Vilaça
Maria Adriana Moreira
Alcindo Antônio Ferla

Palavras iniciais

Banzeiro é uma expressão amazônica, que significa o movimento das águas que podem ser produzidos pelo movimento dos barcos, dos ventos e das chuvas. Em alguns momentos se transforma em verbo “banzeirar”, que dá o sentido de produzir os movimentos para modificar ou transformar algo. Desse modo, entendemos que as nossas ações nos territórios, promovem um “banzeirar”, um movimento para a mudança e as transformações. No entanto, o banzeiro também acontece dentro de nós, como bem explica a jornalista Eliane Brum (2021, p. 7):

Desde que me mudei para a Amazônia, em agosto de 2017, o banzeiro se mudou do rio para dentro de mim. Não tenho fígado, rins, estômago como as outras pessoas. Tenho banzeiro. Meu coração, dominado pelo redemunho, bate em círculos concêntricos, às vezes tão rápido que não me deixa dormir

à noite. E desafina, com frequência sai do tom, se torna uma sinfonia dissonante, o médico diz que é arritmia, mas o médico não sabe de corpos que se misturam.

Podemos nos deixar banzeirar, ou seja, nos transformados pelos “redemunho” e “rebojo” que acontece nas águas, que movimenta as águas dos rios desde as suas profundezas. O banzeiro nos incomoda, nem sempre de modo síncrono ou harmônico, mas o importante que nos movimenta para promover a inclusão, a justiça e a qualidade de vida das populações, especialmente aquelas que estão vulnerabilizadas e “esquecidas” pelo grande capital. Desse modo, as experiências de cuidado situadas e territorializadas trazem a presença do Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes dimensões, que nos mobiliza para o cuidado integral. Portanto, os serviços desenvolvidos no território promovem banzeiros que mostram a força do SUS nos mais diferentes territórios de vida.

Quantas coisas aconteceram depois da VI Mostra “Amazonas, Aqui Tem SUS”, realizada em 2025, celebramos e comemoramos os trabalhos premiados, que fazem parte deste livro. Voltamos para os municípios com a alegria de ter o trabalho reconhecido, mas chegou o momento de transformar em capítulo, uma tarefa que não é fácil porque precisamos de novos elementos, novas ideias e um dizer diferente. Assim chegamos nessa nova obra, construída coletivamente, com alunos, pesquisadores, professores, apoiadores e trabalhadores da saúde que apresentaram um texto revisado muitas vezes. Foi um grande puxirum de escrita, mas também de reflexão e de produção do conhecimento, mostrando que os serviços têm algo a dizer sobre a saúde na Amazônia.

Há alguns anos realizamos a “Oficina de Escrita”, parceria entre o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) e o Conselho de Secretárias de Saúde do Amazonas (Cosems AM), para discutir os modos de apresentarmos o trabalho na Mostra “Amazonas, Aqui Tem SUS”. Discutimos os critérios de avaliação: relevância, inovação,

aplicabilidade, resultados alcançados e apresentação oral. Mas como saber que uma experiência é inovadora e relevante? Não há uma resposta única para essa pergunta, mas iniciamos dizendo que tudo pode ser relevante desde que saibamos como contar, precisamos reunir a capacidade criativa com as potencialidades de mudança no território. Os textos da Mostra foram ganhando em qualidade, que pode ser fruto das oficinas, mas também é a vontade de contarmos a nossa experiência do cotidiano do trabalho, que acontece num território único da Amazônia.

O filósofo Walter Benjamin propõe que a “experiência” (*Erfahrung*) é coletiva, construída no presente e na história, com elementos da experiência de quem a vive. Quando narramos uma experiência, está presente uma narratividade, ou seja, um modo de dizer e contar a história que nos envolve e nos coloca como viventes de uma experiência. O filósofo estabelece três condições para acontecer a narrativa: 1) a experiência transmitida deve ser compartilhada entre o narrador e o ouvinte; 2) a presença da comunidade viva e a palavra narrada; 3) a experiência da comunidade está presente na narrativa (Gagnebin, 1994, p.10). Segundo Benjamin, “o narrador retira da experiência o que ele conta (...) e incorpora às coisas narradas as experiências dos seus ouvintes” (Benjamin, 1994, p. 201).

Quando narramos a experiência significa que não é uma história isolada, mas produzida num território, com pessoas, vozes, corpos e sentimentos, portanto, é uma experiência coletiva. Quando contamos para o outro, produzimos um sentido porque incorporamos elementos interpretativos que ajudam a dar sentido à experiência narrada, pois temos os leitores e ouvintes que se conectam à história. Logo, quando narramos estamos produzindo novos textos e novas ideias que se conectam com outras ideias e outras experiências. Assim, o livro é um banheiro de ideias que vão e vem nos nossos pensamentos, que nos ajudam a pensar a complexidade do SUS.

Depois que nos embrenhamos pela Amazônia, pelos rios e matas, mas, sobretudo, com suas gentes, nos deparamos com uma condição muito

singular: um exercício de alteridade que nos desterritorializa. *Amazoneizar-se* é mais do que reconhecer a Amazônia como lugar complexo e povoado de gente diversa, como nos habituamos no processo de urbanização desigual. Aprender com a Amazônia como *território líquido* (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021), implica mergulhar na realidade dos territórios, escutar suas gentes e interagir com os modos do andar da vida que se processam aí. Por certo, desfazendo muitos registros prévios na nossa subjetividade. Embrenhar-se no território amazônico foi a expressão que usamos, Renata Trepte e Ferla (2021), em um ensaio sobre a relevância de aprender ao pesquisar, mas que aqui, amplo também para os fazeres da saúde nos territórios amazônicos. Há muito o que aprender nos fazeres em saúde na Amazônia!

O “embrenhamento” na Amazônia implica em ser, ao mesmo tempo, pesquisador e objeto da pesquisa, em estar aberto à aprendizagem. Ou seja, não é apenas um fato e tampouco uma questão técnica; é um movimento político, no sentido de abrir novos platôs de pensamento; de “abrir horizontes”, como diz o saber popular. No caso da leitura dos capítulos que antecedem a este ensaio, significa ser leitor, narrador e interagir com o lugar de fala de cada autor ou trabalhador envolvido na experiência narrada. A narrativa precisa ser tomada como informação objetiva, portanto contextualizada social e historicamente, e como material de pesquisa e reflexão. Não se trata de ler um protocolo com validade universal, já que só há universais como abstração, como na cultura epistemicida que nos invade, mas como redes de verdades locais, que é do que se trata essa coletânea. Como dizíamos nos primeiros contatos com a Amazônia:

A narrativa como estratégia de produção de conhecimento dá à pesquisa em Saúde, ao mesmo tempo, uma abordagem metodológica relativa à experiência do narrador que analisa e descreve, formulando um convite ao diálogo, uma vez que a narrativa não é exterior ou superior aos fenômenos que aborda, diferentemente dos modelos metodológicos totalizadores característicos do pensamento acadêmico vigente. Ganha-se, também, a abordagem empírica de

quem percorreu diferentes campos, percebendo continuidades e descontinuidades do processo de fazer pesquisa. A Saúde é, aqui, simultaneamente campo empírico de pesquisa e dispositivo para a aprendizagem sobre a pesquisa, tornando-se parte da temática da narrativa. Tomada pelas margens da pesquisa, a narrativa, antes de tudo, aponta para a força que a própria noção possui, em seus dois principais componentes: a escrita e a vida. Enquanto recolhimento de fragmentos e criação (e não somente como representação de um real já dado por um passado vivido), a narrativa se coloca diante de uma prática em pesquisa que tensiona toda metodologia positivista que separa pesquisador-objeto-experiência e que, dominado o “sujeito-pesquisador” e o objeto da sua pesquisa pelo conhecimento prévio e pela técnica, torna o processo, de certa forma, uma tautologia do já sabido (Trepte & Ferla, 2017, p. 53/54).

Um leitor precisa respeitar o texto escrito, buscando as verdades que os autores pretenderam contar, mas também tensionar o texto, buscando outras narrativas que estão entre uma frase e outra, entre um parágrafo e outro. A “coisa narrada” aconteceu sem as palavras e, portanto, quando os autores escolheram as palavras, também selecionaram o que seria dito e o que não seria dito.

Se essa não foi a perspectiva da sua primeira leitura, convidamos a retornar aos textos e lê-los novamente, talvez de forma menos rígida, como um brincar com as palavras e buscar novos sentidos às combinações entre o texto, o que é dito e a coisa falada. Convidamos a uma leitura considerando o texto como narrativa densa. Conforme ensinou o filósofo Walter Benjamin (2015): com a reprodução em série de obras de arte, cada leitor ou observador, virou um autor. Vamos nos permitir a liberdade literária de considerar o escrito original de cada narrativa como uma obra única, original, manufaturada pelos autores com um conjunto de ideias – uma “alma”, nos dizeres de Benjamin - que, depois da publicação em larga escala, interagem com leitores em diferentes contextos e se transforma em outras obras, na alquimia da leitura.

Autores e leitores sempre estão em contexto histórico e social e, portanto, reescrevem o texto na leitura (ou a obra de arte, na observação).

Bom, não importa aqui tanto a revisão conceitual da produção de Benjamin, apenas que o convite para a leitura é de interagir com o escrito, vendo o que há de original nele. E, evidentemente, abrindo o pensamento à aprendizagem pelo estranhamento de ideias (a desnaturalização das ideias, colocadas em tensão). (Simples: quando achar que está lendo algo de conhecido, leia outra vez e perceba quando o texto deixa seu pensamento sem lastro, com novas ideias pedindo passagem).

Sim, é necessário o esforço de buscar a origem, a “alma”, do texto original, para dialogar com ele. E esse é um esforço complexo, que tanto autores como leitores estão sujeitos a imaginários que interferem na forma de escrever e ler ou ver uma obra. Numa publicação recente sobre o tema da Decolonialidade (Schweickardt et al., 2024), colecionamos uma série de textos para demonstrar como nossos imaginários sempre são colonizados por conceitos que, muitas vezes, estão ligados à crise civilizatória que vivemos. Sugerimos a leitura dos manuscritos que lá estão. Para esse momento, apenas o alerta de que tanto os textos produzidos, como as lentes de leitura, podem estar encharcados por ideias do centro do paradigma biomédico, que secundariza os saberes locais.

Então, a lente de leitura deve procurar a inovação entre o que está sendo descrito, a forma do escrito e a percepção do leitor. Leia como pesquisador de si (“o que estou compreendendo?”, “o que me subjetiva para entender dessa forma?”, “há alguma coisa não percebida entre o texto e o que leio dele?”, “consigo me imaginar na cena descrita?”), como pesquisador do texto (“por que isso foi escrito assim?”, “o que pode estar entre o contexto descrito e o texto que descreveu?”, “o que é semelhante e diferente do texto com o que me é familiar no sistema de saúde”, “o que está no texto como recurso de fala e que pode não estar no cotidiano?”) e como pesquisador do que está sendo narrado (“o que parece ser diferente e o que parece ser semelhante nos contextos descritos e nos serviços/redes/territórios que atuo?”, “como faço/faria para abordar o problema descrito no meu território?”, “o que está descrito se parece com um território singular ou foi tratado para parecer universal?”).

Queremos fazer um alerta: não vale a pena ler os textos como se eles fossem representação do comum no trabalho que se realiza no interior do SUS! Primeiro que os textos foram selecionados por terem sido destacados em diferentes momentos dos ciclos das Mostras e, assim, se a opinião predominante for esta, dê-se a oportunidade de colocá-la em suspeição. Segundo porque as Mostras são um dispositivo de inovação, sendo que muitos trabalhos disputaram o lugar desses que estão no livro.

A “Mostra Brasil aqui tem SUS”, que fez pipocar mostras similares pelo país todo, é uma inovação no desenvolvimento dos saberes e práticas do cotidiano do nosso sistema de saúde. A “mostra” é uma das principais iniciativas de educação permanente em saúde, onde as experiências locais são sistematizadas para o compartilhamento. Um relato de experiência não é exatamente a descrição da experiência vivida. Quando escolhemos o que escrever, como escrever e o sequenciamento de ideias e informações, o que fazemos, na verdade, é sistematizar tecnologias e metodologias que funcionaram no cotidiano do nosso trabalho, que ajudaram a resolver uma questão que nos mobilizava e que pode ajudar outras pessoas em outros contextos. A experiência, como tal, pertence a cada pessoa e depende das condições prévias, tanto de aspectos cognitivos (conseguir ver o que nossos conhecimentos prévios nos permitem ver), político-organizacionais (o financiamento e a composição das equipes, ou mesmo o tempo destinado à reflexão sobre o trabalho, por exemplo) e pragmáticos (o que se pode fazer em determinados contextos, o que se faz para produzir pequenos movimentos cumulativos para uma onda de inovação, o que acontece como resultado da colonização do pensamento por valores que não estão a serviço de fortalecer a vida e a produção das saúdes nos territórios). Não é somente isso que está nos textos desta coletânea!

Queremos seguir o texto falando um pouco de uma sensação, uma ideia que me mobiliza e de um esperançamento (em Paulo Freire, esperar é uma força que nos convida a “*arregaçar as mangas*” e lutar para mudanças que

são, ao mesmo tempo, aprendizagem e ativismo): consideramos as Mostras um dispositivo de disparar movimentos de atualização do trabalho no SUS, um “acontecimento” no caminho do SUS.

Mostras como “acontecimento”: deslocamento de forças e subjetivação

Pensando em como poderíamos falar sobre a relevância da “Mostra Brasil aqui tem SUS” e da “Mostra Amazonas, Aqui Tem SUS” sem nos restringir à mera opinião, nos ocorreu falar dela a partir da noção de “acontecimento”, do filósofo francês Gilles Deleuze (1999; 2008). E aqui não queremos mais do que fazer uma conexão entre um fato (a “Mostra” como evento “material” e as diferentes atividades que lhe são próprias) e um sentido ampliado, que nos permite entendê-la no sentido mais complexo (não apenas como tecnologia de intercâmbio de informações, mas como processo de subjetivação, que nos permite conectar cada experiência relatada com um sentido de potência, de “pode ser mais isso e mais aquilo”; como uma potência do SUS no cotidiano).

A noção de acontecimento muda a forma como entendemos a realidade, já que vai demonstrar uma conexão forte entre o pensamento e a existência. É sabido que não conseguimos perceber “naturalmente” o que não está no âmbito da nossa cognição e do nosso pensamento. A “Mostra”, nesse sentido, fecunda o pensamento e abre uma brecha para que novas situações tenham viabilidade de existência, primeiro como “novidade em outro lugar” e depois como potência do cotidiano (“se foi possível lá, quiçá pode ser possível aqui também”). Um problema em um território que não estava no plano das ideias ou que estava de forma parcial, encontra a potência de uma narrativa feita em outro território a partir da experiência de outras pessoas e, com isso, brotam pensamentos novos, que permitem revisitar a situação que não tinha possibilidades de ser abordada até então. Ou seja, não se trata apenas de um

“compartilhamento” de experiências, ou mesmo de tecnologias de cuidado.

O encontro de ideias nas “Mostras” cria um novo vetor para a história da organização do sistema de saúde nos territórios. Evidente que a percepção de pessoas isoladamente não é garantia de fazer o que pode ser feito, mas é um bom começo (como no dito popular, “uma andorinha só não faz verão”, mas pode desencadear uma revoada!).

Importante lembrar que a noção de *acontecimento* que é tratada por Deleuze tem origem na produção do historiador francês Paul Marie Veyne, que a desenvolveu para pensar na história por fora da ordem disciplinar vigente: dizia que era preciso deslocar a história de uma perspectiva focada em “objetos” para uma focada em “práticas”. Veyne liberta a história do determinismo histórico, sobretudo da dobra “saber/poder” (o saber disciplinar, a perspectiva de análise a partir dos “objetos”, não apenas conta uma história, senão que a produz, fazendo incidir um regime de verdade que deslegitima as demais perspectivas da história). A noção de “acontecimento” na história torna possível analisar e compreender outros fatos que “estavam na cena” do “objeto” e não foram o centro da cena naquele momento, mas que podem atualizar a história noutro momento.

No plano dos processos de subjetivação, o acontecimento também fecunda o desejo e anima à ação (de novo, a “alma” da narrativa, que encontra a “alma” da pessoa que lê e se deixa contaminar pelo encontro). Por isso não se trata apenas de “trocar” experiências, como uma estratégia de ilustração (saber mais coisas do que antes de ver/ouvir/ler as iniciativas relatadas. Trata-se de despertar desejo, aprendizagem e energia para renovar o trabalho e incidir sobre as iniquidades e problemas que impedem a melhor expressão do SUS em cada território.

No “Livro dos Abraços”, Galeano (2024) escreve sobre burocracia. Não apenas sobre as técnicas e saberes da organização da administração pública, mas também suas conexões com a produção de subjetividades e o determinismo da história, ou seja, da história como linha de acumulação de

fatos, como repetição, assim como é comum na história oficial. Como nos murmura Galeano (2024, p. 62):

Sixto Martínez fez o serviço militar num quartel de Sevilha.

No meio do pátio desse quartel havia um banquinho. Junto ao banquinho, um soldado montava guarda. Ninguém sabia por que se montava guarda para o banquinho. A guarda era feita porque sim, noite e dia, todas as noites, todos os dias, e de geração em geração os oficiais transmitiam a ordem e os soldados obedeciam. Ninguém nunca perguntou. Assim era feito, e sempre tinha sido feito.

E assim continuou sendo feito até que alguém, não sei qual general ou coronel, quis conhecer a ordem original. Foi preciso revirar os arquivos a fundo. E depois de muito cavoucar, soube-se. Fazia trinta e um anos, dois meses e quatro dias, que um oficial tinha mandado montar guarda junto ao banquinho, que fora recém pintado, para que ninguém se sentasse na tinta fresca.

Evidente que há uma crítica historiográfica aqui: uma história necessita de protagonismo, de capacidade de ver o contexto e de compreender como se atualiza, no sentido de como ela se dobra sobre si mesma e encontra outras pontas e outros pontos que permitem renovar o percurso da história. De outra forma, a história vira sentença disciplinar: legitima o que foi visível num determinado tempo e considera o tempo como um “depósito de objetos do passado”. (Lembrando que é mais comum que a história seja contada como disciplina dos “objetos”, atualizada por repetição; a história da nossa democracia, por exemplo, está cheia de revoluções emancipadoras em que, mesmo com a enorme visibilidade de pautas locais, é contada e recontada a partir da vitória do poder militar, por exemplo; ou da “descoberta” pelos europeus; ou da naturalidade com que se fala do sequestro dos africanos para o trabalho escravo no Brasil como “período escravista”).

Bom, apartes à parte, é evidente também que a dobra saber/poder está no texto de Galeano como crítica ao conhecimento disciplinar moderno, aqui

representada explicitamente por um poder militar, e a denúncia escorre por entre as palavras. Também é evidente que a experiência com a ditadura militar uruguaia, que fez Galeano exilar-se na Espanha nos anos 1970, se faz presente no enquadramento da escrita, pensando que a transmissão automática de um comando (como um saber disciplinar) perde sentido contextual e apenas mantém a força de disciplinamento (“é preciso que seja feito dessa forma, ao longo das gerações, para que a hierarquia de transmissão não seja posta em dúvida”). A repetição acrítica da história desumaniza o humano por efeito de alienação, já que produz a perda do potencial criativo frente ao trabalho, especialmente o trabalho em saúde.

De toda forma, o pequeno conto do Galeano é uma homenagem à liberdade, à democracia (não apenas como regime de governo, mas também como tônica das relações) e à autonomia do andar da vida. Não à autonomia como transmissão de comandos (o regramento das profissões da saúde, por exemplo, centra o sentido da autonomia como o fazer que está autorizado pelas normas das entidades corporativas).

Aqui, para falar das Mostras, queremos defender uma autonomia, também relativa, mas que tem o sentido de práticas que se embasam nos conhecimentos válidos (sejam os saberes profissionais, disciplinares, sim, mas validados pelas ciências modernas; sejam dos saberes tradicionais e ancestrais, validados pela longa história de suas práticas) acumulados ao longo do tempo. Também aqueles produzidos em ato, pela reflexão e análise própria do trabalho vivo da saúde (Merhy, 2002; não apenas como referência teórica, mas também como homenagem).

Outra vez nos debruçamos nos escritos deste livro. Em rigorosamente todos os relatos de iniciativas locais, que foram produzidas em condições específicas vividas por trabalhadores e usuários em territórios singulares do Amazonas, fica explícito um momento singular em que seguir fazendo o que já estava sendo feito se torna insuficiente; mobilizam recursos físicos, tecnológicos, financeiros e subjetivos para compreender melhor e construir

soluções diversas aquelas que já estavam no cotidiano, mas conectadas com ele; enfrentam obstáculos culturais e práticos; e engendram novas práticas, envoltas em uma construção discursiva embasada nos conhecimentos sistematizados no campo da ciência & tecnologia (conhecimentos prévios e conhecimentos produzidos *em ato*), que gera práticas inovadoras (no sentido de quebrar a rotina e atualizar os procedimentos realizados, assim como o general que se ocupou de estudar o protocolo de vigilância ao banquinho e, assim, pode atualizar os procedimentos).

É por isso que a noção de “acontecimento”, aproximada da iniciativa das Mostras e materializada nas narrativas presentes no livro, nos permite afirmar que esse movimento-Mostras é a maior e mais estruturada experiência de Educação Permanente em Saúde do SUS.

Mostras como ação e programa de Educação Permanente em Saúde

Há alguns anos, Ricardo Ceccim e Alcindo Ferla produziram um texto que é bem conhecido sobre a educação permanente em saúde como travessia de fronteiras, como dispositivo para produzir mudanças no cotidiano (Ceccim & Ferla, 2008). A Educação Permanente em Saúde é, também, a política do SUS de desenvolvimento do trabalho em saúde.

Em uma enorme síntese, a EPS é a aprendizagem no trabalho e pelo trabalho, que faz conexão com várias teorias: a) a possibilidade de aprendizagem ao longo da vida, e não apenas na juventude; b) o enorme desenvolvimento científico e tecnológico na saúde, que torna necessária a aprendizagem contínua dos agentes do trabalho; c) a complexidade da produção de saúde nos territórios, que torna insuficientes os saberes da formação profissionais, sempre disciplinares e, com a especialização disciplinar crescente, que também gera fragmentação técnica muito expressiva no trabalho (Ferla, 2021); d) o reconhecimento do

trabalho em saúde como trabalho vivo em ato, na sua dimensão micropolítica (Merhy, 2002); e) o impacto da alienação/tecnificação do trabalho como produtor de sofrimento nos trabalhadores; f) a ludicidade da aprendizagem no cotidiano, mobilizando recursos presentes na vida cotidiana e conceitos da cultura oral para a aprendizagem; g) os modos do andar da vida das pessoas e coletividades, colados com aspectos culturais e históricos; h) a ideia de que a gestão do trabalho não é apenas a justaposição das capacidades profissionais, mas que necessita de diálogo entre os agentes do trabalho e com o contexto em que o trabalho se realiza.

Considerando essa miríade de condições que está presente no cotidiano do trabalho e que lhe é constitutiva, a educação permanente em saúde dirá que aprender no e como o trabalho é uma necessidade e uma potencialidade. Como a metáfora do banzeiro, que utilizamos inicialmente: pode ser entendido como as curvas da superfície do rio, de forma simplificada, que distrai o observador por algum tempo, mas que compromete a viagem quando a energia que forma as ondulações explode na margem, nas pedras ou com o caso do barco; assim é o trabalho em saúde nos territórios, não está marcado só pelo que é visível, também pelos encontros.

Então, o que há de complexo na produção de saúde em cada território não está apenas na superfície visível, que cada um de nós aprendeu a ver na formação disciplinar e fragmentadora. A formação disciplinar não é suficiente para organizar e realizar o trabalho de produzir saúde em cada território. Aliás, os territórios são sempre vivos, como nos ensinou Milton Santos (1997) e nunca se reduzem às representações tecnogeográficas que fazemos sobre eles. Muitos argumentos para dizer que é necessário aprender no e com o cotidiano do trabalho como parte da gestão do trabalho. E que a aprendizagem significa mudanças: mudança de si, transformando o sujeito, como descreve a teoria freireana e reforça a educação popular, que constitui a vertente brasileira da Educação Permanente em Saúde; mudança do contexto, incidindo sobre as determinações sociais e biológicas que afetam a saúde. É necessário incidir sobre o que esgota as saúdes nos territórios e que produz adoecimentos.

A ideia da mudança é importante aqui. Nos saberes biomédicos contemporâneos, há noção de saúde como silêncio dos órgãos (comentário caustico para criticar a ideia de harmonia das funções vitais e demais conceitos originados no naturalismo biomédico), mas essa condição (o silêncio dos órgãos), também é usada para falar da morte. A saúde aqui não é silenciosa e tampouco harmônica, que a vida é sempre movimento, algo aleatório, algo previsível. A vida é como a terceira margem do rio, na produção de Guimarães Rosa (1979): é sempre a travessia entre uma margem e outra, entre a superfície e o leito por onde o rio percorre! A vida é também aventura.

Ou seja, não é possível imaginar que os protocolos respondam integralmente os desafios do trabalho cotidiano em saúde, nem tampouco que os compêndios representem suficientemente todos os conhecimentos necessários ao trabalho. Vem daí a importância de que a aprendizagem componha estruturalmente o trabalho (o “permanente” não é a repetição, é o fato de que não haverá trabalho eficaz, se não houver diálogos interprofissionais no cotidiano para redimensionar as práticas. Evidentemente que deslocando o trabalho em platôs de conhecimento válido, seja na produção teórica prévia, seja nas aprendizagens em ato. Não cabe aqui o negacionismo pandêmico que nos acompanhou fortemente nesses últimos anos.

Os manuscritos desta coletânea vão para além de uma aplicação linear de um protocolo externo, a simples replicação de uma tecnologia, a repetição de uma experiência já vivida em outro contexto. Em todas as narrativas há aprendizagem e invenção, sempre com a orientação ética do cuidado das pessoas, sempre com o respeito à ciência e aos saberes prévios. Não há negacionismo em nenhuma das narrativas.

Mas as narrativas amazônicas sobre a produção da saúde trazem, como a educação permanente em saúde, também uma quebra na pirâmide que hierarquiza saberes e práticas. Estamos habituados, como expressão do colonialismo cultural e científico, que o conhecimento antecede e ilumina as práticas, seguindo uma tradição filosófica que herdamos da ciência

européia moderna (Ferla, 2021). As práticas, nessa perspectiva, têm apenas a legitimidade de expressar o conhecimento científico, na forma de organização como trabalho e na articulação com o pensamento. Aqui, veremos a tensão de uma aliança entre saberes e práticas, que não é linear e tampouco harmônica.

Os desafios do trabalho, portanto da lógica pragmática dos fazeres, tensionam e são tensionados pelos conhecimentos formais e pela racionalidade da ciência, mas também pelos saberes do cotidiano nos territórios. Madel Luz¹ (2009) já nos alertava que a potência da Saúde Coletiva estava nas tensões que absorvia como campo de saberes e práticas: a tensão interdisciplinar, do encontro tenso entre a racionalidade das ciências que a constituíam (a saúde pública, a epidemiologia e as ciências sociais e humanas em saúde, no seu início) e a tensão entre a razão científica e as lógicas do cotidiano, considerando que se desenvolve ao tempo que os processos de reforma sanitária foram ocupando o território brasileiro.

Ora, as narrativas do livro parecem atualizar, para os problemas da saúde no Amazonas e para as condições complexas e muitas vezes invisíveis do SUS no território líquido, os alertas que Madel Luz fez há quarenta anos. Consideramos as produções da autora e as inovações do SUS no Amazonas como um convite à inovação do pensamento e das práticas, por aprendizagem densa e inteligência por estranhamento.

Apresentando os capítulos²

Os capítulos desta coletânea nos mostram que a Amazônia não é “só” um reservatório natural para o mundo; também é um território onde

1 Gostaríamos de homenagear Madel Luz que nos deixou em fevereiro de 2026, que sempre mobilizou o nosso pensamento e continua produzindo banheiros nas nossas ideias e nas fronteiras teóricas e metodológicas do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva.

2 O resumo dos capítulos foi elaborado com o apoio da ferramenta de inteligência artificial ChatGPT, utilizada para organização e síntese dos conteúdos dos capítulos. A revisão final e a responsabilidade pelo conteúdo são da organização da obra.

saberes tradicionais de respeito ao planeta e às vidas se realiza, ao tempo em que os colonialismos invadem suas entranhas. Mas há resistência criativa aí e é muito oportuno que se façam esforços de diálogos com saberes e práticas para fortalecer a vida e as saúdes. Os vinte e cinco capítulos com relatos de experiência, que envolvem 20 municípios de diferentes regiões de saúde do estado e mais dois relatos do COSEMS/AM com abrangência estadual, com uma centena de autores, fala de diversos temas de grande relevância para o SUS no Brasil inteiro. E, por outro lado, são narrativas premiadas em diferentes Mostras. Ou seja, o SUS no Amazonas é premiável e, como está demonstrado aqui, vem sendo premiado!!!

Iniciamos com o texto **“Monitoramento Inteligente e Busca Ativa: Redução da Vulnerabilidade Reprodutiva em Mulheres e Adolescentes no Município de Atalaia do Norte/AM”**, que descreve a reorganização do cuidado reprodutivo por meio de monitoramento sistemático e busca ativa, reduzindo vulnerabilidades em contexto de fronteira e ampliando o acesso qualificado à APS no contexto da Fronteira da região do Alto rio Solimões. Em seguida, **“Um amor umbilical que nunca se rompe: atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Barcelos, AM”** evidencia a construção de uma rede de cuidado para o TEA em território do rio Negro, articulando direitos, diagnóstico, intersectorialidade e fortalecimento do vínculo com as famílias.

O capítulo **“UBS quilombola: ações de saúde para o fortalecer de vínculo com a comunidade e valorização cultural”**, do município de Barreirinha, apresenta as ações da APS como espaço de reconhecimento identitário, que dialoga com as práticas de cuidado com a história e a cultura quilombola. Desse modo, a escuta ativa, a valorização dos saberes locais e o reconhecimento da diversidade cultural são elementos significativos para a efetividade do acesso às políticas públicas. **“Telessaúde como Estratégia de Redução das Iniquidades no SUS: o caso de Boa Vista do Ramos, AM”** demonstra como a incorporação da telessaúde amplia a equidade, reduz

deslocamentos e qualifica a regulação em município de difícil acesso na região do baixo rio Amazonas. A experiência de Boa Vista do Ramos mostra que a “incorporação de tecnologias digitais, quando articulada a processos participativos e contextuais, pode ser um catalisador para a transformação do sistema de saúde, tornando-o mais justo, acessível e alinhado aos princípios constitucionais do SUS”.

A qualificação da rede de atenção aparece em **“Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para o atendimento às vítimas de violência sexual: uma experiência participativa no município de Borba”**, que constrói fluxos e protocolos a partir da escuta e da responsabilização da equipe na calha do rio Madeira. Em **“Puxirum: humanizando o atendimento à população ribeirinha na Casa de Apoio no município de Carauari”**, a criação de uma Casa de Apoio reorganiza fluxos assistenciais, reduz hospitalizações e reafirma a humanização como eixo estruturante de um município da calha do rio Juruá.

Os dois textos dos apoiadores do COSEMS trazem a dimensão da governança e da regionalização. O primeiro capítulo **“O Protagonismo do Cosems nas articulações Interfederativas no Contexto Amazônico”**, evidencia o papel estratégico do COSEMS na regionalização e cooperação entre municípios. O segundo, **“Entre Rios e Redes: O Cosems Tecendo a Regionalização no Estado do Amazonas”** apresenta a consolidação das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e do Planejamento Regional Integrado como dispositivos para fortalecer a gestão compartilhada no estado do Amazonas.

No campo da imunização, o texto **“Imunização em uma reserva extrativista de Eirunepé (AM): vivências e desafios”** relata estratégias de busca ativa e superação logística em território fluvial, garantindo proteção vacinal mesmo diante de eventos climáticos extremos na calha do rio Juruá. Já **“A Educação Permanente na prevenção de acidentes ofídicos em áreas remotas da Amazônia brasileira: relato de experiência no município de Ipixuna”** demonstra como estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) e protocolos específicos reduzem riscos de acidentes ofídicos

e qualificam o manejo em áreas de alta incidência num território de difícil acesso da Amazônia.

Na região do médio rio Amazonas, temos duas experiências de inclusão e gestão do cuidado. A primeira utiliza a tecnologia para a **“Integração Digital no SUS: a experiência de Itacoatiara no cuidado a crianças com TEA”**, conectando APS e atenção especializada por meio de sistemas e comunicação ativa. A segunda, **“Itapiranga – ‘Pedra Vermelha’ – Estratégias de Ampliação da Cobertura Vacinal”**, apresenta a vacinação como prática coletiva, intersetorial e emancipadora, com ampliação expressiva das coberturas vacinais no município.

A saúde sexual e reprodutiva é aprofundada em **“Fortalecimento da Saúde Sexual Reprodutiva da mulher ribeirinha: implicações no cuidado a partir do Dispositivo Intrauterino (DIU)”**, que forma enfermeiras, mobiliza Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e realiza inserções itinerantes em comunidades fluviais na região do rio Negro e Solimões. O capítulo **“A Trajetória de Joselio Martins na Amazônia e o Projeto Cunhã: vozes e vidas que curam no município de Manaquiri”** apresenta o diálogo entre práticas integrativas, ancestralidade e saúde da mulher, reafirmando interculturalidade e protagonismo indígena na região de Manaus e Entorno.

O território rural de Manaus é apresentado pelo texto **“Dr. Sorriso da Floresta”: estratégia de promoção do acesso à saúde bucal em comunidade ribeirinha de Manaus, AM**”, que revela a criatividade, vínculo e reorganização do processo de trabalho, ampliando o acesso à saúde bucal e reduzindo os indicadores de cárie. A inovação tecnológica em larga escala aparece em **“Inovação Digital na Regulação de Consultas e Exames Especializados: desafios, impactos e contribuições estratégicas para o SUS em Manaus-AM”**, com desenvolvimento de sistema próprio que reduz absenteísmo e amplia transparência do acesso à saúde dos usuários da capital amazonense. O terceiro texto do município de Manaus **“Equidade e cuidado integral: estratégias de uma equipe da ESF para ampliar o acesso de mulheres**

transexuais e travestis no município de Manaus” aprofundada a discussão do acolhimento de um grupo específico, que é excluído socialmente, promovendo um cuidado longitudinal e humanizado numa equipe de saúde.

O Capítulo **“Nenhuma criança fica para trás”: garantindo a imunização na UBS Emile Tássia, município de Manicoré, Am**, vinda da região do rio Madeira mostra o potencial de experiências locais para a inovação e respostas criativas para a inclusão e a cobertura de programas de saúde no município. A experiência articulou estratégias de gestão e educação permanente em saúde para responder a problemas do cotidiano, para alcançar uma meta coletiva de não deixar “nenhuma criança para trás”.

O texto **“Operação bacilo: estratégias de combate à alta incidência da tuberculose em Nhamundá-AM**” traz a experiência da Vigilância Epidemiológica que implementou a “Operação Bacilo”, que envolveu estratégias de busca ativa de casos, aplicação em larga escala da prova tuberculínica (PPD), ampliação do tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTb), implementação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e ações intersetoriais voltadas à proteção social. A experiência do baixo rio Amazonas mostrou que a integração entre vigilância epidemiológica, atenção primária e assistência social é relevante para conter a propagação da tuberculose, garantindo não apenas a resposta clínica, mas também o enfrentamento das condições sociais que potencializam sua disseminação.

O **“Projeto Linguinha Solta: o impacto na qualidade de vida da população novolindense**” identifica os usuários para tratamento da anquiloglossia, promovendo a qualidade de vida e acesso dos usuários do território fluvial na região do rio Madeira. A alta complexidade chega ao interior em **“Parintins no combate à obesidade mórbida: cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no SUS**”, consolidando descentralização e redução de filas para usuários da área ribeirinha do baixo rio Amazonas.

Da região de Manaus e Entorno temos dois textos. O primeiro **“Fortalecendo a Resolutividade na Atenção Primária à Saúde: relato**

de experiência com pequenos procedimentos em Rio Preto da Eva, AM” mostra como a APS pode reduzir encaminhamentos desnecessários ao incorporar procedimentos dermatológicos no município de Rio Preto da Eva. O segundo mostra a transformação digital no território indígena, que é narrado em **“Conectando vidas com o e-SUS território: um olhar sobre as águas do rio negro”**, onde o uso do aplicativo e-SUS Território e sincronização em nuvem fortalece o trabalho dos ACS e integra comunidades isoladas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) no município de Santa Izabel do Rio Negro.

A resiliência climática ganha expressão em **“Vacinação em Silves: quando o rio virou deserto, do banheiro à estrada de chão”**, que mantém metas vacinais mesmo durante estiagens extremas no município de Silves, região do médio rio Amazonas. Outro capítulo que trata das questões climáticas, é o texto **“Tecnologia da Informação em Saúde frente à estiagem em Tefé (AM)”**, que descreve o monitoramento em tempo real por meio de formulários digitais e painéis analíticos, orientando respostas rápidas a agravos associados à seca na região do médio rio Solimões.

O último capítulo **“No relaxar da canção eu vejo a prevenção: a coleta do exame preventivo em Urucurituba, Amazonas”**, vindo da região do médio rio Solimões, demonstra que humanização, convite ativo e ambiência terapêutica ampliam adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero e fortalecem indicadores municipais.

Considerações finais?

Pronto: chegamos ao final! O que se pode dizer das Mostras (e da coleção de textos cuidadosamente tratada que compõem este livro) senão que representam um enorme diálogo com os desafios do cotidiano do trabalho e que são generosamente compartilhados?

Cada Mostra aumenta muito a escala de contato de cada trabalhador e cada trabalhadora que participa dela com as diversidades que se espalham, com um grau razoável de aleatoriedade, nos territórios (esse mix de ambiente natural, presença humana e contradições do sistema produtivo vigente), com o esforço humano (trabalho vivo em ato) para resolver os problemas do contexto (agravos à saúde, determinantes sociais, infraestrutura insuficiente, discursos privatistas de gestores e prestadores, praticas privatistas de trabalhadores, desigualdades, iniquidades ...), mas também, e principalmente, com formas distintas de enfrentar esse contexto, com alianças diversas, sempre marcadas pela ideia de produzir saúde, ampliar a democracia e a liberdade de andar a vida das pessoas e coletividades.

As mostras, definitivamente, são um acontecimento que, pela intensidade e abrangência das experiências, funciona como um forte dispositivo de educação permanente em saúde. É uma força de transformação que não se limita ao plano físico, mas que reverbera no plano das ideias, das subjetividades e das relações. Que incide no campo do pensamento e da experiência prévia, mas que não necessariamente existe como matéria (a leitura dispara o pensamento para questões que nem sempre estão diretamente relacionadas ao que foi relatado).

Na arte, na filosofia e nas práticas sociais, os “acontecimentos” são os pontos de ruptura onde o novo emerge. O “novo” no sentido epistemológico e político, que é posto em marcha para resolver problemas relevantes do SUS; não apenas a novidade tecnológica que precisa ser consumida para “fazer andar” o complexo produtivo da saúde, que ajuda a sustentar o sistema produtivo capitalista.

As narrativas presentes no livro são, portanto, profundamente éticas e políticas, pois nos convidam a participar de processos de transformação e inovação, tanto na maneira como pensamos o mundo quanto na maneira como o vivemos. Nos fazeres da saúde, são força de inovação (não falamos daquela ideia muito frequente de que inovações são produzidas por equipamentos

tecnológicos ou da incorporação progressiva de tecnologias virtuais, que costumam classificar de “fetiche tecnológico”).

As mudanças são oportunas, necessárias e adequadas nos processos de trabalho singular, partindo do suposto que não há usuários iguais (a abstração “paciente” é uma produção política), não há trabalhadores e equipes iguais (a noção de “recurso humano” é acediosa, na nossa opinião, que amarra as pessoas trabalhadoras à execução de trabalho prescrito, que nunca é o trabalho real, e retira a condição humana da aprendizagem, alienando/desumanizando-as).

O livro e as experiências aqui sistematizados não representam pouca coisa não. Além de contar muito de como o SUS está sendo feito no Amazonas, o que é expressivo também para a Amazônia, eles ativam a potência de viver o SUS como sistema diverso, como política de cuidados singulares e integrais, de forma descentralizada e em redes. Em tempos de crise civilizatória, onde as políticas sociais parecem estar “na mira” de iniciativas racionalizadoras que não pretendem avanços na equidade e na universalidade, viver o SUS no cotidiano de diferentes territórios, inventar novas tecnologias de cuidado e organização das redes colada em territórios vivos é também resistir à maré que tenta assolar direitos e conquistas. É pensar a vida como um fluxo contínuo de transformações e possibilidades, que nos chama à aprendizagem significativa e estruturalmente constitutiva do trabalho em saúde.


O que é um desperdício é não ver o que há de banzeiro nos manuscritos do cotidiano dos territórios no Amazonas e não perceber que esse banzeiro faz falta ao SUS em muitos lugares, mesmo distantes da Amazônia. Por fim, este livro reúne experiências vividas no SUS Amazonas, em que cada capítulo apresenta uma resposta singular às especificidades amazônicas, mas todos compartilham um fio condutor: o fortalecimento do SUS como política pública viva, territorializada, situada e comprometida com a equidade e a inclusão de todas as pessoas.

Referências

- Benjamin, W. (1994). *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (7ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Benjamin, W. (2015). *A obra de arte na era de sua reprodutibilidade técnica*. 1ª Ed. Porto Alegre, LPM.
- Brum, E. (2021). *Banheiro Ôkôtô: uma viagem à Amazônia centro do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Calvino, I. (1990). *Seis propostas para o próximo milênio: lições americanas*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Ceccim, R. B.; Ferla, A. A.. (2008). *Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras*. Trabalho, Educação e Saúde, 6(3), 443–456. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- Deleuze, G.. (1999). *O puro acontecimento: texto e conceito*. São Paulo: Ed. 34.
- Deleuze, G.. (2008). *Lógica do Sentido*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, 5(2), 81–94. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>
- Gagnebin, J. M. (1994). Prefácio: Walter Benjamin ou a história aberta. In: Benjamin, W. *Magia e Técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (7ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Galeano, E. (2024). *O livro dos abraços*. Porto Alegre, LPM.
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304–311. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
- Merhy, E.E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo, Hucitec.
- Rosa, J.G. (1979). *Grande sertão: veredas*. 13. ed. Rio de Janeiro, J. Olympio.
- Santos, M. (1997). *Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec.
- Schweickardt, J.C.; Cabral, K.V.; Martins, F.M.; Ferla, A.A. (Org.). (2024). *Decolonialidades e cuidados em saúde na América Latina*. Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v.33). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/decolonialidades-e-cuidados-em-saude-na-america-latina/>
- Schweickardt, J.C.; Lima, R.T.S.; Ferla, A.A.. (2021). *O programa Mais Médicos no território*

amazônico: acesso e qualidade na atenção básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes. Em: Schweickardt, J.C.; Lima, RTS; Ferla, AA (org.). Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v.16). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/mais-medicos-na-amazonia-efeitos-no-territorio-liquido-e-suas-gentes/>

Trepte, R; Ferla, AA. (2017). O fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor: narratividade no processo de produção de conhecimento em saúde. *Revista de Psicologia da UNESP* 16(1). Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/272/275>



Monitoramento inteligente e busca ativa: redução da vulnerabilidade reprodutiva em mulheres e adolescentes no município de Atalaia do Norte/AM

Suênio Trindade Alves
Viviane Lima Verçosa
Janaina da Silva Cabral

Um paradoxo: alto índice de uso de métodos versus o alto índice de gravidez não planejada e de gravidez na adolescência

A saúde reprodutiva no Brasil se desenrola sobre um complexo e, à primeira vista, paradoxal cenário (Agência Brasil, /2025). De um lado, o país exibe taxas de uso de métodos contraceptivos que se alinham a nações desenvolvidas; de outro, enfrenta um dos mais persistentes e desafiadores problemas de saúde pública: uma taxa alarmante de gestações não planejadas agravada pelas gestações na adolescência (Sousa et al., 2022). Este texto propõe discutir as camadas dessa contradição, partindo do panorama nacional para aterrissar em uma experiência no interior da Amazônia, que oferece uma perspectiva ativa no cuidado. A questão central que emerge não é apenas a disponibilidade de métodos, mas a eficácia, a continuidade e a equidade no

acesso ao planejamento familiar, um direito fundamental que, para milhões de mulheres, permanece mais teórico do que real (Maioli & Gondinho, 2024).

O ponto de partida para compreender a magnitude do desafio é um dado contundente e amplamente corroborado por diversas fontes, incluindo o Relatório de População da ONU de 2022 e pesquisas da Fundação Oswaldo Cruz: aproximadamente 55% de todas as gestações no Brasil não são intencionais (Nilson et al., 2023). Este percentual, que se traduz em cerca de 1,47 milhões de gestações não planejadas anualmente, posiciona o Brasil em um patamar significativamente mais problemático do que países com sistemas de saúde pública comparáveis, como o Reino Unido, onde a mesma taxa é de apenas 16% (IPFAM, 2025). A persistência desse índice revela uma falha sistêmica que transcende a simples oferta de insumos e aponta para lacunas profundas na educação em saúde, no acompanhamento clínico e no empoderamento das mulheres sobre seus próprios corpos e projetos de vida (Maioli & Gondinho, 2024).

A complexidade do cenário se aprofunda quando se contrapõe essa realidade a outro indicador: mais de 80% dos brasileiros em idade reprodutiva afirmam utilizar algum método contraceptivo (IPFAM, 2025). A coexistência desses dois fatos — alta prevalência de uso de contraceptivos e uma taxa de gestação não planejada que supera a metade do total — desfaz a noção simplista de que o problema reside na falta de acesso a métodos. Em vez disso, o foco se desloca do *se* as pessoas usam contraceptivos para o *como* elas os utilizam e a eficácia dos métodos usados. A evidência sugere que as falhas se concentram na regularidade, na correção do uso e na descontinuidade dos métodos de curta duração, que ainda são predominantes (Sousa et al., 2022). Esta lacuna entre a intenção de prevenir e a efetiva prevenção é o terreno fértil onde a gravidez não planejada floresce, alimentada pela desinformação, por aspectos culturais e religiosos, por barreiras burocráticas no acesso a métodos mais eficazes de longa duração (como o DIU) e, crucialmente, pela ausência de um sistema de saúde que acompanhe a mulher de forma contínua e proativa (Godoy et al., 2021).

As consequências de uma gravidez não planejada reverberam por toda a vida da mulher, de sua família e da sociedade, compondo uma teia complexa de prejuízos que vão muito além do evento biológico da gestação. No plano emocional e psicológico, a notícia de uma gravidez inesperada pode ser um gatilho para uma série de desafios de saúde mental e emocional (Godoy et al., 2021; Caputo & Bordin, 2007). Para uma correlação direta entre a não intencionalidade da gravidez e o aumento dos riscos de estresse, ansiedade e depressão durante o período gestacional e no pós-parto. O trauma emocional vivenciado pela mãe pode, inclusive, impactar o desenvolvimento fetal (Nilson et al., 2023). Conforme Kolk (2014), emoções como a rejeição materna podem alterar o desenvolvimento cerebral do bebê, predispondo-o a dificuldades na regulação emocional e no comportamento social ao longo da vida.

A criminalização do aborto no Brasil adiciona uma camada de angústia e risco a esse cenário. Diante de uma gravidez indesejada, muitas mulheres, por desespero e falta de alternativas, recorrem a procedimentos clandestinos e inseguros. A decisão de interromper uma gravidez, por si só, já é um processo de grande complexidade emocional, mas a ilegalidade a transforma em uma experiência de medo, culpa e isolamento. O estigma social e o temor do julgamento, inclusive por parte de profissionais de saúde, geram danos psicológicos profundos, agravando o sofrimento psíquico da mulher que se vê forçada a agir na clandestinidade (Peçanha, 2023).

O âmbito socioeconômico, os impactos da gravidez não planejada são igualmente devastadores e contribuem para a perpetuação de ciclos de pobreza e desigualdade de gênero. Segundo o Instituto de Planejamento Familiar (IPFAM, 2025), esse fenômeno custa ao país aproximadamente R\$ 4,1 bilhões anuais. Além disso, uma gravidez não planejada, especialmente na adolescência, frequentemente leva à interrupção da trajetória educacional da mulher. Estima-se que 75% das adolescentes que engravidam acabam por abandonar os estudos, o que limita drasticamente suas perspectivas de inserção qualificada no mercado de trabalho e sua autonomia financeira (IPFAM,

2025). A chegada de um filho não planejado também altera a estrutura familiar, muitas vezes sobrecarregando a mulher, que em metade dos casos se torna mãe solo, enfrentando desemprego e insegurança financeira (Nilson et al., 2023). Esse cenário não apenas restringe o futuro da mãe, mas também impacta negativamente os cuidados na primeira infância, comprometendo o desenvolvimento pleno da criança (IPFAM, 2025).

Do ponto de vista da saúde física, a falta de planejamento reprodutivo é um fator de risco significativo. Gestantes que não planejaram a gravidez tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente, o que aumenta a probabilidade de complicações como pré-eclâmpsia, anemia, parto prematuro e baixo peso ao nascer (Pequeno Príncipe, 2025). Em um nível sistêmico, a gravidez não planejada agrava a crise da mortalidade materna no Brasil, que em 2021 atingiu o alarmante índice de 117,4 mortes por 100 mil nascidos vivos, um número desproporcionalmente alto que reflete as falhas na garantia dos direitos reprodutivos (Nilson et al., 2023). A gravidez, portanto, deixa de ser uma escolha informada para se tornar um evento que impõe riscos, limita oportunidades e aprofunda vulnerabilidades preexistentes (Godoy et al., 2021).

A face mais trágica dessa realidade é a conexão direta entre a gravidez não planejada e o aborto inseguro, que se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil. A legislação restritiva não impede a prática; ao contrário, empurra-a para a clandestinidade. Estima-se que ocorra 1 milhão de abortos induzidos anualmente no país, resultando em cerca de 250 mil hospitalizações por complicações. O aborto inseguro é a quinta maior causa de morte materna no Brasil, ceifando vidas que poderiam ser salvas com políticas de saúde reprodutiva mais abrangentes e eficazes. As mulheres mais vulneráveis — jovens, negras, indígenas e de baixa renda — são as maiores vítimas, morrendo ou sofrendo sequelas graves por procedimentos realizados em condições precárias (Diniz et al., 2022).

A Amazônia não planejada: gravidez na adolescência e a dívida social

Se a gravidez não planejada é uma questão nacional, é na adolescência e em regiões de maior vulnerabilidade que ela assume contornos de uma crise aguda e persistente. A gravidez na adolescência não é apenas uma estatística de saúde; é um indicador social que reflete a intersecção de pobreza, desigualdade de gênero, falta de acesso à educação e falhas do sistema de proteção social (Silva, 2025). No Brasil, essa realidade é particularmente acentuada, mas é no vasto e desafiador território da Amazônia que o problema se revela em sua forma mais extrema, expondo uma dívida histórica do Estado para com seus jovens (Santana et al., 2024).

Em todo o Brasil, os números já são preocupantes. Cerca de 12% a 14% de todos os partos no país são de mães com até 19 anos, o que significa que, a cada hora, entre 35 e 44 bebês nascem de uma mãe adolescente (IPFAM, 2025). Essa estatística, por si só, já coloca o Brasil com taxas de fecundidade na adolescência superiores às de países de renda média-alta (Amazônia Legal em dados, 2025). No entanto, ao deslocar o foco para o estado do Amazonas, o cenário se agrava dramaticamente, onde a taxa de nascidos vivos de mães adolescentes salta para 20% a 21,5%, quase o dobro da média nacional (IPFAM, 2025). Essa disparidade não é um acaso, mas o resultado direto de um conjunto de fatores estruturais que incluem imensas distâncias geográficas, comunidades isoladas, acesso limitado a serviços de saúde e informação, e contextos socioculturais que muitas vezes normalizam a maternidade precoce (Santana et al., 2024).

A análise comparativa dos dados revela a existência de “dois Brasis” quando se trata de saúde reprodutiva, como ilustrado na tabela abaixo. Enquanto a capital, Manaus, apresenta taxas que se aproximam da média nacional, o interior do estado exhibe uma realidade alarmante, com municípios

onde a gravidez na adolescência ultrapassa um terço de todos os nascimentos.

Tabela 1. Dois Brasis: Taxas de Gravidez na Adolescência (2023).

Área Geográfica	Percentual de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes (10-19 anos)
Brasil (Média Nacional)	~12-14%
Região Amazônia Legal (Média)	<21,5%
Estado do Amazonas	21,5%
Município de Manaus	~14%
Municípios do Interior (Amazonas)	Até 37%

Fonte: Elaborada a partir de dados do Instituto de Planejamento Familiar (IPFAM, 2025), Amazônia Legal em Dados (2025) e BNC Amazonas (2025).

O município de Atalaia do Norte, localizado na tríplice fronteira com Peru e Colômbia, serve como um microcosmo dessa crise regional. Entre 2021 e agosto de 2024, foram registrados 185 casos de gravidez na adolescência na localidade (IPFAM, 2025). Uma análise dos dados brutos do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do município revela a profundidade do problema: em 2022, foram 86 gestações em adolescentes; em 2023, 61; e em 2024, 68. As idades dessas jovens mães variam de 12 a 18 anos, com uma concentração significativa entre 15 e 18 anos. Cada um desses números representa uma vida transformada, um projeto de futuro interrompido e um ciclo de vulnerabilidade que se perpetua (IPFAM, 2025).

Nesse contexto, a gravidez na adolescência deixa de ser vista como uma série de escolhas individuais mal-informadas para se revelar como um sintoma de um abandono sistêmico. Em comunidades onde as perspectivas de educação e emprego são escassas, a maternidade pode surgir, paradoxalmente, como uma das poucas vias para a obtenção de um papel social e de identidade (Moura et al., 2021). A falta de acesso a serviços de saúde proativos, que superem as barreiras geográficas e culturais para levar informação e métodos

contraceptivos às jovens, cria um vácuo que é preenchido pela gravidez precoce. Meninas de contextos socioeconômicos mais frágeis têm cinco vezes mais chances de engravidar do que aquelas de classes mais abastadas, evidenciando que a gravidez na adolescência é, fundamentalmente, uma questão de desigualdade social (Lopes, Silva e Pontes, 2023). O sistema de saúde, operando em um modelo passivo que aguarda a procura do paciente, falha em proteger justamente as mais vulneráveis. É contra esse pano de fundo de necessidade urgente e falha sistêmica que a experiência de Atalaia do Norte emerge como uma resposta ativa e necessária.

Atalaia do Norte invertendo a lógica do cuidado: a gênese e metodologia da busca ativa

Diante de um problema tão arraigado e multifacetado, a mudança não poderia vir de uma simples otimização dos processos existentes, mas de uma reconfiguração fundamental da própria filosofia do cuidado em saúde. O projeto implementado em Atalaia do Norte, nasceu não de um gabinete de planejamento, mas da observação atenta da realidade no chão da unidade de saúde. A sua gênese reside em duas percepções clínicas recorrentes e transformadoras: a primeira, a constatação, durante os atendimentos de pré-natal, de que a esmagadora maioria das gestações não havia sido planejada; a segunda, e mais crucial, a descoberta de que, ao abordar ativamente mulheres que visitavam a unidade por outros motivos, a oferta de um método contraceptivo era frequentemente aceita de imediato, muitas delas tinham interrompido por alguma reação, mas não tinham procurado as informações para que pudessem iniciar outros métodos. Outras desconheciam que já estava sendo realizado laqueadura no município.

Essas observações revelaram uma verdade profunda: a principal barreira para o planejamento familiar não era a falta de interesse ou a recusa

da mulher, mas a ausência de uma oferta proativa e humanizada por parte do serviço de saúde, além do fomento da educação em saúde, que informa, apropria e empodera. A partir desse diagnóstico, o projeto foi desenhado para inverter a lógica tradicional do cuidado: em vez de esperar passivamente que a paciente procure o serviço, a equipe de saúde passaria a ir ativamente ao encontro das necessidades da comunidade, utilizando a tecnologia como guia para otimizar esse processo (IPFAM, 2025).

A metodologia central dessa nova abordagem é a “busca ativa inteligente”, um fluxo de trabalho cíclico e bem definido que combina a análise de dados com a ação direta no território. O processo se desenrola em etapas claras e integradas (**Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2025**).

1. Mapeamento e Diagnóstico: O ponto de partida é a utilização da base de dados do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), um recurso já existente no Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema do projeto extrai e analisa esses dados para mapear todas as mulheres em idade fértil (definida como a faixa de 14 a 45 anos) na área de abrangência de cada equipe de saúde.
2. Identificação Inteligente: A plataforma automatiza a identificação de dois grupos prioritários: mulheres que não possuem registro de uso de nenhum método contraceptivo seguro e aquelas que utilizam métodos de curta duração (como pílulas e injetáveis) mas que estão com o uso em atraso.
3. Geração de Ação: Semanalmente, o sistema gera uma lista de convites por equipe personalizados para cada uma destas mulheres que se enquadram nesses critérios, transformando dados brutos em um plano de ação direcionado para a equipe.
4. A Conexão Humana: Esta é a etapa mais crítica do processo. A lista é entregue ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma figura de extrema importância que possui vínculo, de confiança e é um membro da própria comunidade. O ACS realiza uma visita

domiciliar para entregar um convite personalizado, estabelecendo um diálogo respeitoso e abrindo um canal de comunicação sobre saúde reprodutiva.

5. Cuidado Contínuo: Após a consulta na unidade de saúde, as informações são atualizadas no sistema. Caso a mulher não adquira um método, o sistema garante a continuidade do cuidado, gerando um novo convite automaticamente após um período de seis meses a um ano, assegurando que ninguém seja “esquecido” pelo serviço de saúde.

A força dessa metodologia reside não apenas em sua eficiência, mas em sua sensibilidade, que se materializa nos artefatos de comunicação utilizados. Os convites (Figura 1), longe de serem meras convocações burocráticas, são ferramentas de cuidado desenhadas para cada público.

Figura 1. Convite para Planejamento Familiar (População Geral).



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

O convite destinado à população geral de mulheres em idade fértil (Figura 1), exemplifica a abordagem de empoderamento. A linguagem é acolhedora e positiva: “É com grande satisfação que convidamos você a participar do nosso programa de Planejamento Familiar”. O documento apresenta um leque completo de opções contraceptivas, desde métodos de curta e longa duração (pílulas, injetáveis, DIU de cobre) até os definitivos (laqueadura e vasectomia - para os respectivos companheiros), posicionando a mulher como protagonista de sua escolha. A inclusão da frase “Não precisa tirar ficha antes” é um detalhe de extrema importância prática, pois remove uma barreira de acesso comum e muitas vezes desestimulante nas unidades de saúde, sinalizando um atendimento facilitado e priorizado.

Para mulheres que já estão em uso de um método, mas apresentam atraso, a comunicação muda para um tom de lembrete empático e de apoio (Figura 1). A mensagem reconhece as dificuldades do cotidiano (“Sabemos que, com a correria do dia a dia, pode ser fácil esquecer...”) e evita qualquer tom de cobrança ou julgamento. Crucialmente, o convite não se limita a insistir na continuidade do método atual; ele abre a porta para o diálogo sobre possíveis dificuldades (“Caso tenha apresentado alguma reação...”) e oferece a possibilidade de troca por outras opções. Essa abordagem demonstra um cuidado centrado na pessoa, que valoriza o bem-estar e a adaptação da mulher acima da mera adesão a um protocolo.

A abordagem para o público adolescente revela o nível mais sofisticado de personalização da estratégia. Aqui, a intervenção vai além do convite impresso e se aprofunda na importância da visita domiciliar realizada pelos enfermeiros das equipes. São eles que estabelecem o contato direto com os pais ou responsáveis e com as próprias adolescentes, realizando uma abordagem personalizada que demonstra um interesse genuíno e pessoal pelo bem-estar da paciente e de sua família. O convite, entregue nesse contexto, funciona como um suporte para essa conversa. Ele é direcionado à mãe ou responsável (“Prezada(o) Sra...”), reconhecendo e respeitando a dinâmica

familiar e a autoridade parental, especialmente no caso de adolescentes mais jovens (14 a 15 anos).

A linguagem é cuidadosamente escolhida para focar nos benefícios positivos da prevenção, enquadrando-a como um meio para garantir “um futuro saudável e planejado” e proteger a “saúde, estudos e desenvolvimento pessoal” da jovem. Ao invés de focar apenas no aspecto sexual, a mensagem apela para o projeto de vida da adolescente, incentivando o diálogo entre mãe e filha como ferramenta fundamental. Esta estratégia combinada — a visita pessoal do enfermeiro e a comunicação cuidadosa do convite — demonstra uma profunda compreensão de que a saúde sexual e reprodutiva na adolescência está intrinsecamente ligada ao contexto familiar e social, exigindo uma abordagem que construa pontes em vez de gerar conflitos.

A experiência da enfermagem no contato direto com as famílias revela uma dinâmica crucial para o sucesso da abordagem preventiva. Em muitos casos, a conversa é iniciada com os pais, majoritariamente com as mães, que se mostram receptivas e consideram a iniciativa de grande valor. A visita domiciliar quebra uma barreira significativa: o receio que muitas adolescentes e suas famílias têm de procurar a unidade de saúde por conta própria para discutir temas de saúde sexual. O convite formal, entregue pessoalmente durante a visita, funciona como um catalisador, transformando a hesitação em ação. A partir desse diálogo inicial, são as próprias mães que, sentindo-se apoiadas e informadas, tomam a iniciativa de levar suas filhas à consulta para iniciar um método contraceptivo. Essa interação direta e humanizada demonstra que a presença proativa da enfermagem no território é fundamental, pois constrói a confiança necessária para que as famílias se engajem no cuidado e busquem os serviços oferecidos.

Figura 2. Convite para Prevenção na Adolescência.

Prevenção na Adolescência

Prezada(o) Sra. ,

Filha:

A adolescência é uma fase de grandes descobertas e transformações. Nosso objetivo é apoiar nossas jovens a fazerem escolhas conscientes para um futuro saudável e planejado.

Gravidez na adolescência pode trazer desafios significativos para a saúde, estudos e desenvolvimento pessoal. A prevenção é o melhor caminho.

Existem diversas opções seguras e eficazes de métodos contraceptivos, disponíveis gratuitamente pelo SUS:

**DIU (Dispositivo Intrauterino)
Pílulas Anticoncepcionais
Injetáveis (mensal/trimestral)**

Cada método tem suas características, e podemos tirar as suas dúvidas e de sua filha.

Sua filha precisa de apoio? Converse abertamente com ela sobre as formas de prevenção. O diálogo e a informação são fundamentais.

Venha em consulta com sua equipe de saúde para mais informações.

Não precisa tirar ficha.

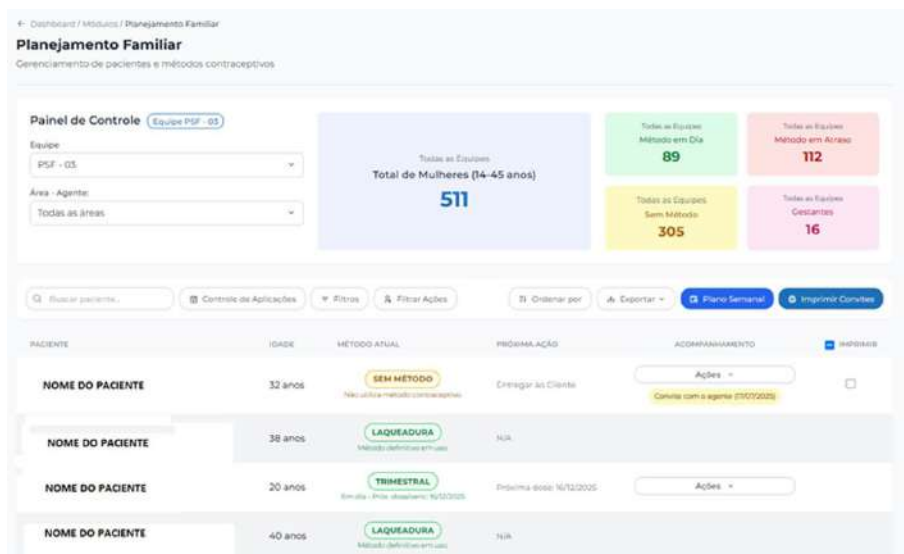
Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

A tecnologia como ferramenta de equidade e autonomia

O Sistema de Planejamento Familiar (Figura 3) que sustenta a metodologia de busca ativa em Atalaia do Norte é uma plataforma tecnológica

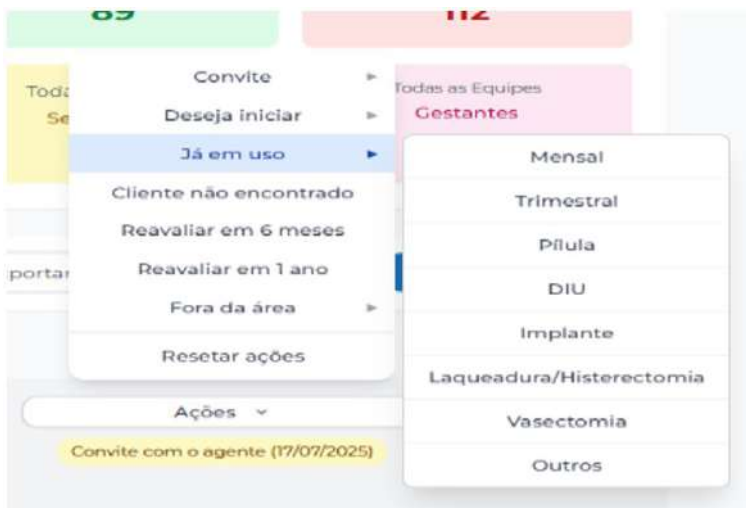
desenhada sob medida para as necessidades da Atenção Primária à Saúde (APS) no município, mas que procura ser replicável para outros locais. Este sistema transcende a função de um simples repositório de dados, como um prontuário eletrônico convencional, para se tornar um motor de gestão do cuidado, uma ferramenta de inteligência epidemiológica e, fundamentalmente, um catalisador para a promoção da equidade em saúde. Sua implementação representa a materialização do potencial da tecnologia para superar barreiras históricas de acesso e garantir que o direito à saúde reprodutiva chegue às populações mais isoladas e vulneráveis.

Figura 3. Dashboard do Planejamento Familiar Geral para acompanhamentos das mulheres.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

Figura 4. Interface prática e rápida de acompanhamento das clientes.



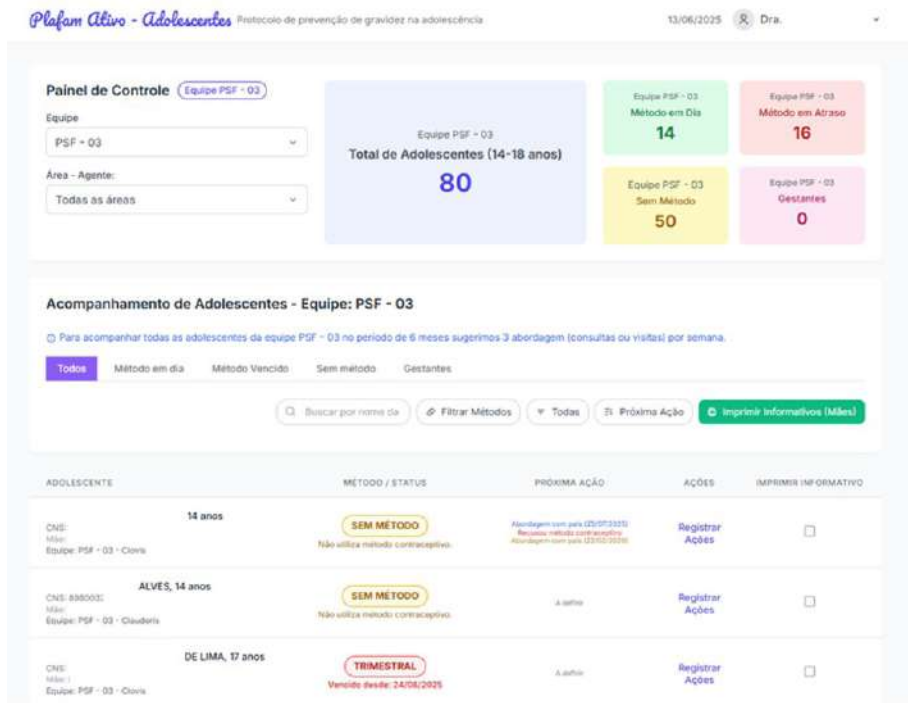
Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

O desenvolvimento do projeto reflete uma jornada de aprimoramento contínuo. Inicialmente, em meados de 2024, o monitoramento era realizado por meio de planilhas em Excel, uma solução funcional, mas que se mostrava limitada, dificultando a organização, a visualização consolidada dos dados e a agilidade no fluxo de trabalho (IPFAM, 2025). Reconhecendo essas limitações, a gestão do projeto investiu na criação de uma aplicação dedicada (Figura 3). Esta transição, ocorrida desde abril de 2025, marcou um salto qualitativo, substituindo as planilhas por uma interface prática e intuitiva, equipada com painéis de indicadores (*dashboards*), relatórios dinâmicos e, o mais importante, alertas automáticos. Essa evolução tecnológica não foi um mero upgrade técnico; foi uma reestruturação do processo de trabalho que permitiu às equipes de saúde passar de uma gestão reativa e fragmentada para um cuidado proativo, planejado e contínuo. A tecnologia, nesse sentido, converte dados brutos do PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) em inteligência acionável, permitindo que os profissionais de saúde otimizem seu tempo e direcionem seus esforços para onde são mais necessários (IPFAM, 2025).

As funcionalidades do sistema foram meticulosamente desenhadas e modificadas conforme surgem necessidades para atacar os pontos de falha crônicos do planejamento familiar tradicional. A capacidade de monitorar a adesão aos métodos contraceptivos é um exemplo central. Para contraceptivos injetáveis, que dependem de aplicações em intervalos regulares, o sistema cria uma linha de tempo de cuidado para cada paciente e emite alertas automáticos para a equipe quando a data de retorno se aproxima ou é ultrapassada. Essa funcionalidade combate diretamente a principal causa de falha desses métodos: o esquecimento e a consequente descontinuidade, que levam a uma gravidez não planejada. Da mesma forma, o sistema organiza o acompanhamento de mulheres que utilizam o DIU, programando os retornos para exames de ultrassonografia e garantindo a segurança e eficácia do método a longo prazo.

Além disso, a plataforma demonstra uma notável capacidade de segmentação e personalização do cuidado. O desenvolvimento de um módulo específico para a Saúde do Adolescente é a prova mais clara disso. Este módulo (Figura 5) reconhece que a abordagem a este público exige uma sensibilidade distinta, que leve em conta questões de privacidade, a necessidade de construir um vínculo de confiança e a importância do contexto familiar. O sistema permite registrar diferentes tipos de abordagem realizados em domicílio ou nas consultas pela enfermagem — como “Abordagem com os pais” ou “Abordagem direta com o adolescente” — permitindo que a equipe planeje a melhor estratégia para cada caso, respeitando os diferentes níveis de autonomia e maturidade do jovem. Essa visão longitudinal e individualizada é essencial para um cuidado efetivo na saúde sexual e reprodutiva, que é uma jornada contínua de descobertas e decisões (Figura 6).

Figura 5. Painel especial para acompanhamento longitudinal do planejamento familiar de adolescentes.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

Figura 6. Linha do tempo de acompanhamento de adolescentes.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

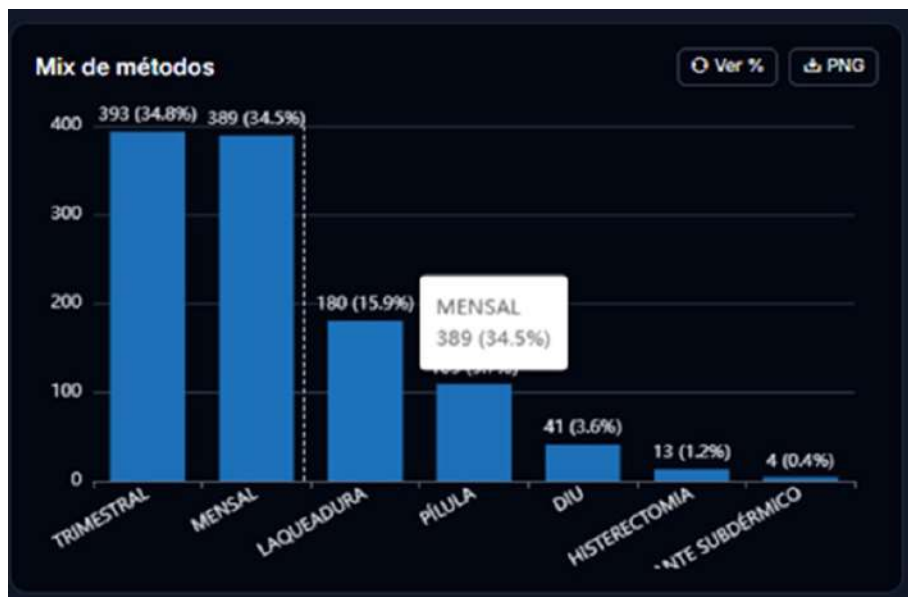
Figura 7. Distribuição dos métodos em uso atualmente em Atalaia do Norte - AM.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

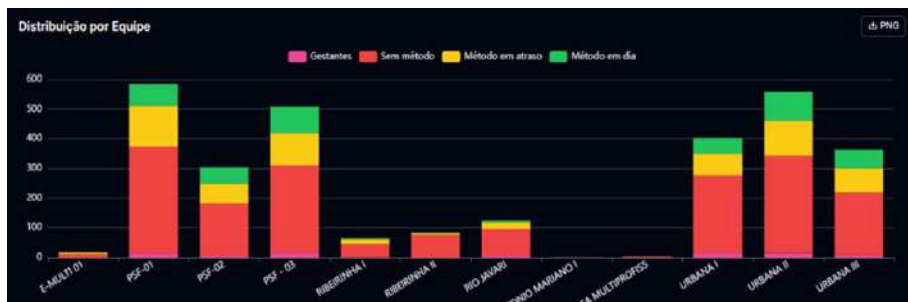
Observamos na Figura 08 o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres no município. Chama a atenção o uso conjugado de métodos (34,8 e 34,5%) e o número de laqueadura (15,9%). Ainda é baixo o uso de Diu e o Subtérnico, que pode ser explicado pela falta de qualificação dos profissionais e/ou falta de informação das usuárias. No entanto, a Figura 07 chama a atenção do número elevado de ações nas ESF que não utilizam nenhum método. Assim, este trabalho se torna mais relevante para as ações do Planejamento familiar no município (Figura 09).

Figura 8. Distribuição de mulheres com uso de métodos contraceptivos em Atalaia do Norte.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

Figura 9. Distribuição do uso de métodos por Equipes da Saúde da Família em Atalaia do Norte.



Fonte: Suênio Trindade Alves, 2025.

Palavras Finais

A jornada que se inicia com a estatística avassaladora de que mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas nos conduz, através das vulnerabilidades agudas da Amazônia, a uma clareira de inovação e esperança em Atalaia do Norte. A experiência transcende os limites de um projeto de saúde local para se apresentar como uma forma ativa, um modelo replicável que responde a este desafio abordado da saúde pública brasileira com uma lógica radicalmente diferente: a da proatividade, da personalização e da equidade.

O sucesso e o potencial transformador desta iniciativa residem na síntese virtuosa de três pilares fundamentais. O primeiro é o **uso inteligente de dados já existentes**. Ao transformar o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) de um arquivo passivo em uma fonte dinâmica de inteligência, o projeto demonstra que é possível otimizar recursos e direcionar ações com precisão cirúrgica, sem a necessidade de investimentos massivos em novas coletas de informação. O segundo pilar é a **conexão humana**, personificada nas figuras da Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). A tecnologia

identifica a necessidade, mas é o contato respeitoso, empático e culturalmente sensível da Enfermagem e do ACS que constrói a ponte de confiança com a comunidade, convertendo um convite em um ato de cuidado. Por fim, o terceiro pilar é a **tecnologia como habilitadora do cuidado contínuo**. A plataforma garante que nenhuma mulher seja deixada para trás, monitorando a adesão, antecipando falhas e assegurando um acompanhamento longitudinal que é a base para um planejamento familiar eficaz.

O projeto de Atalaia do Norte oferece, portanto, uma possível resposta. Ele mostra que é possível reduzir as taxas de gravidez não planejada e na adolescência não apenas disponibilizando contraceptivos, mas construindo um sistema que apoia ativamente as mulheres em suas escolhas, remove barreiras burocráticas e geográficas e respeita suas trajetórias individuais. Os resultados preliminares, como a adesão de 28% das adolescentes abordadas a um método contraceptivo, são um testemunho poderoso da eficácia dessa abordagem.

Olhando para o futuro, os princípios que norteiam esta experiência — inverter a lógica do cuidado, da espera para a ação; usar a tecnologia para promover equidade; e valorizar o vínculo humano no território — possuem uma aplicabilidade que vai muito além do planejamento familiar. Este modelo pode e deve ser adaptado para enfrentar outros desafios crônicos da saúde pública em regiões remotas, como o manejo de doenças crônicas, o controle de doenças endêmicas e a ampliação da cobertura vacinal.

A lição que emerge é clara: na vastidão da Amazônia, onde o Estado muitas vezes se faz ausente, a combinação de inteligência de dados, articulação e cuidado humanizado pode redefinir o que é possível na promoção da saúde e na garantia da cidadania.

Referências

- Agência Brasil. (2025, julho). Gravidez precoce: por ano, 1 em cada 23 adolescentes é mãe no Brasil. Brasília, DF. Disponível em <https://agenciabrasil.etc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2025-07/gravidez-precoce-por-ano-1-em-cada-23-adolescentes-e-mae-no-brasil>
- Amazônia Legal em Dados. (2025). Indicadores sociais: Gravidez precoce. Amazonas. Disponível em https://amazonialegalemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Amazonas&area=Desenvolvimento%20Social__89&indicador=TX_DATASUS_GRAVIDEZ_PRECOCE_UF__89
- BNC Amazonas. (2025). Gravidez na adolescência cai 53% em Manaus em dez anos. Amazonas. Disponível em <https://bncamazonas.com.br/municipios/gravidez-na-adolescencia-cai-53-em-manaus-em-dez-anos/>
- Caputo, V. G., & Bordin, I. A. (2007). Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 573–581.
- Diniz, D., Medeiros, M., Souza, P. H., & Goês, E. (2023). Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 3085–3092.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2025). Busca ativa inteligente: tecnologia e comunidade na saúde reprodutiva. Brasília, DF. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/>
- Godoy, A. U., Viola, F., Camargo, J., Madeira, K., & Zimmermann, A. C. (2021). Avaliação dos métodos contraceptivos utilizados previamente por adolescentes com gestação indesejada. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 50(4), 40–51.
- Instituto de Planejamento Familiar (IPFAM). (2025). Relatório sobre gravidez não planejada no Brasil. Brasília, DF. Disponível em https://iplanejamentofamiliar.org/wp-content/uploads/2025/02/relatorio-ipfam_1501.pdf
- Lopes, G. S. M., Silva, J., & Pontes, S. D. S. (2023). Gravidez na adolescência: Uma perspectiva da saúde pública. *Revista Revoluca*, 2(2), 360–367.
- Maioli, C., & Gondinho, B. V. C. (2024). Gravidez não-planejada na adolescência e o planejamento familiar na atenção básica: uma análise à partir de um olhar da economia política. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, 16(Esp)*, e008-e008.
- Moura, F., da Silva Júnior, J. A., Rolim, A. C. A., da Silva, K. L., & da Silva Jacob, L. M. (2021). Determinantes sociais da saúde relacionados à gravidez na adolescência. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 4(1), 133–150.
- Nilson, T. V., Amato, A. A., Resende, C. N., Primo, W. Q. S. P., Nomura, R. M. Y., Costa, M. L., & Zaconeta, A. C. M. (2023). Gravidez não planejada no Brasil: Estudo nacional em oito hospitais universitários. *Revista de Saúde Pública*, 57, 35.
- Peçanha, M. D. S. (2023). Análise de compatibilidade entre a criminalização do aborto no Brasil

e as garantias constitucionais. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade Nacional de Direito, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.


Pequeno Príncipe. (2025). Gravidez na adolescência: Quais são os riscos? Curitiba, PR. Disponível em <https://pequenoprincipe.org.br/noticia/gravidez-na-adolescencia-quais-sao-os-riscos/>

Santana, J. S., Corrêa, M. L. N., dos Santos Alves, M. E., Campos, J. B., Nemer, C. R. B., de Sousa Prudêncio, L., & da Mata, N. D. S. (2024). Gravidez na adolescência: conhecimento, atitude e prática de meninos escolares em uma cidade da Amazônia legal. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(9), e5674-e5674.

Silva, K. (2025, fevereiro). Impacto psicológico de uma gravidez não planejada. Estado de Minas. Minas Gerais. Disponível em <https://www.em.com.br/colunistas/katiuscia-silva/2025/02/7063287-impacto-psicologico-de-uma-gravidez-nao-planejada.html>

Sousa, A. A., Sampaio, B. B. L., Damasceno, S. S., de Oliveira, D. R., de Albuquerque, T. R., & Callou, R. D. S. B. L. (2022). Gravidez não planejada na Estratégia Saúde da Família: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(6), e59611629455.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking Hospital.



Um amor umbilical que nunca se rompe: atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista em Barcelos, AM

**Ellen Amanda Lira de Carvalho Castro
Roberval Castro da Silva
Artur Nascimento Barbedo Couto
Mariza Quércio Machado**

Introdução

Este trabalho tem como objetivo apresentar experiências vividas durante o acompanhamento de pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Barcelos, Amazonas. Estas se deram a partir da construção do projeto “TEA: Um amor umbilical que nunca se rompe. Se o mundo desiste de você, eu nunca te abandonarei”. Inicialmente, destacamos algumas características do território onde as práticas se deram. Em seguida, caracterizamos o TEA enquanto condição do neurodesenvolvimento, seus critérios diagnósticos e outros aspectos sobre o tema. Após, apresentamos dados quantitativos e qualitativos sobre o processo de atenção à saúde. Por fim, analisamos as potências e vulnerabilidades que atravessaram o fazer saúde com estas populações.

Sobre o território do município de Barcelos, Amazonas

O Município de Barcelos, localizado a 401,7km de Manaus, é a primeira Capital do Amazonas, conhecido como a cidade menina, Terra da Pesca Esportiva do Tucunaré. A abertura da Pesca é realizada no mês de setembro, onde a cultura, rios e pessoas se misturam em uma grande festa da terra do peixe ornamental das espécies Acará-disco e Cardinal - as mais conhecidas. No período de janeiro a fevereiro realiza-se o Festival do Peixe Ornamental de Barcelos no coração da cidade em um lugar chamado de PIABÓDROMO, onde dois grupos disputam o Prêmio de primeiro lugar (Acará-disco na cor predominante amarela e preta x cardinal na cor predominante azul e vermelha). Os visitantes participam escolhendo de qual torcida participarão, àqueles que ficam indecisos na sua escolha, são chamados de piabas doidas, onde também tem sua arquibancada para prestigiarem o evento (Pessoa, 2017).

Para acessar o município, contamos com duas possibilidades. Pela via marítima, temos duas opções: barco de maior porte (cerca de trinta horas de deslocamento) e a lancha expressa (doze horas, aproximadamente). A outra opção é o acesso aéreo: aviões de pequeno porte levam cerca de uma hora para completar o trajeto.

De acordo com o último Censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicado em 2022, o município conta com uma população de 18.834 pessoas. Destas, 59,7% contam com rendimento de até meio salário-mínimo. Do ponto de vista educacional, o município apresenta baixa taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos, uma das piores do Brasil e a pior do Estado do Amazonas. Quanto à saúde, a taxa de mortalidade infantil é de 17,61 óbitos por mil nascidos vivos, apresentando contexto preocupante para a população (IBGE, 2022).

Breve histórico sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Entre 1908 e 1910, o Suíço Eugen Bleuler, psiquiatra utiliza o termo Autismo, para indicar os pacientes com esquizofrenia. Somente em 1943, quando Leo Kanner faz sua descrição sobre o autismo, cria-se possibilidade do autismo se apresentar como um transtorno. No entanto, em 1944, o estudioso austríaco Hans Asperger passa a utilizar o termo autismo como um transtorno mental, já que ele descrevia seus estudos como Psicopatia Autista na Infância (Bialer & Voltolini, 2022).

Em 1981, Lorna Wing, especialista inglesa, mãe de uma criança autista, apresenta os Estudos de Hans. Com isso, este transtorno passa a se chamar de Síndrome de Asperger, em homenagem a Hans Asperger. Depois de algumas décadas, com os avanços de pesquisas e estudos sobre a condição da pessoa com TEA, este termo Autismo vai ganhando uma forma sólida. A partir de 1994, a Associação Americana de Psiquiatria, incorpora como nova denominação e passa a se chamar Transtorno Do Espectro Autista (TEA) (Leboyer, 1995).

Daí por diante, a partir da observação das ações e comportamentos das pessoas com este diagnóstico, surgem estudos e pesquisas com sinais e sintomas específicos por meio das características deste transtorno, sendo eles os mais visíveis: dificuldade na interação social, na comunicação, no comportamento e sensibilidade sensorial. Pesquisas e mobilizações se atualizam dia após dia, envolvendo com maior amplitude outros profissionais que buscam entender, acompanhar e encontrar soluções para o desenvolvimento da pessoa que tenha o chamado Transtorno do Espectro Autista (TEA), contribuindo para o neurodesenvolvimento da criança, jovem ou adulto. Ressalto, frisando bem; a necessidade do apoio clínico, apoio das famílias, das escolas e sociedade em geral nesta busca de equidade solidária e inclusão da pessoa com TEA.

Em geral, estas pessoas apresentam dificuldades no aprendizado, na comunicação verbal, na socialização com os seus e com os outros. As situações de seu cotidiano familiar, escolar, clínico, podendo sentir desconforto em ambientes sonoros, instalações com muitas pessoas falando ao mesmo tempo, podem trazer situações que desregulam, ou seja, cria uma desorganização no bem-estar da pessoa (Brasil, 2016).

Os direitos da pessoa com TEA e seus familiares

A Lei Berenice Piana (Lei nº 12.764 de 2012), criada em 2012, foi um marco na garantia de direitos das pessoas autistas no Brasil. Essa legislação instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), reconhecendo o autismo como uma deficiência para todos os efeitos legais. Isso assegurou aos autistas os mesmos direitos previstos para as pessoas com deficiência, incluindo acesso à saúde, educação, trabalho e assistência social.

A Lei Berenice Piana foi a primeira legislação federal voltada para pessoas autistas, sendo reconhecida como um caso de sucesso, já que não foi imposta pelo legislativo e sim nascida da participação coletiva no Senado Federal. Ela foi criada através da mobilização da maioria da população, graças à mobilização de ativistas, especialmente Berenice Piana, uma mãe que protegeu os direitos do filho autista, trazendo avanços fundamentais para a comunidade autista brasileira. Em seu artigo terceiro, temos:

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista: I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer; II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; b) o

atendimento multiprofissional; c) a nutrição adequada e a terapia nutricional; d) os medicamentos; e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento; IV - o acesso: a) à educação e ao ensino profissionalizante; b) à moradia, inclusive à residência protegida; c) ao mercado de trabalho; d) à previdência social e à assistência social (Lei nº 12.764, 2012).

O número expressivo de atendimento ao usuário SUS pela rede municipal de Barcelos-AM, nos indica possibilidades de se trabalhar a prevenção, o acompanhamento, a reabilitação, a inclusão, equidade, assistindo o paciente e a família em seu pleno uso de direitos como cidadão. É o que rege a Lei Brasileira De Inclusão – LBI (Lei nº 13.146/2015 e Lei nº 12.764/2012), que garantem o direito equitativo, promovendo a inclusão social e o combate à discriminação. Assim, salvaguardando o acesso à Educação, à saúde e ao mercado de trabalho.

Saúde mental de familiares e cuidadores de pessoas diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Dentre os diversos desafios enfrentados no processo de desenvolvimento biopsicossocial de pessoas diagnosticadas com TEA, têm-se discutido com mais afinco, recentemente, a qualidade de vida e a saúde mental de pais, mães, tias, tios, irmãos, irmãs, pessoas responsáveis e/ou que convivem com pessoas autistas. Dentre os ciclos de vida, damos especial destaque para crianças e adolescentes, haja vista a necessidade de apoio ainda mais intensa.

O cuidado de crianças com TEA pode operar como fator estressor dos cuidadores primários em comparação com cuidadores de pessoas com desenvolvimento neurotípico (Ester et al., 2009). De acordo com Misquiatti et al. (2015):

As consequências e limitações na vida pessoal do cuidador correspondem a um conjunto de situações, as quais podem provocar alterações e impacto na vida pessoal, como diminuição de tempo disponível, saúde afetada, e ainda, a necessidade de alterar um conjunto de hábitos para poder dar respostas às necessidades do familiar (Misquiatti et al., 2015, p. 197).

Em outra pesquisa com 50 cuidadores de crianças com TEA em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), fora identificado que 62% da amostra apresentava nível importante de sofrimento psíquico. Dentre os principais sinais e sintomas que comprometem a saúde mental dessa população, as mais frequentes foram:

Sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (68%), encontrar dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias (62%), sentir-se cansado o tempo todo (62%), sentir-se triste ultimamente (60%), dormir mal (58%) e ter dores de cabeça frequentes (52%) (Motta et al., 2024, p. 10).

Para além do consenso de que o cuidado cotidiano de pessoas diagnosticadas com TEA pode comprometer a qualidade de vida e a saúde mental dos cuidadores. Existe certa concordância de que abordar estas questões ainda é desafiador, especialmente em contextos em que o atendimento à criança ainda é insipiente (Brasil, 2014).

Dos atendimentos realizados

No Município de Barcelos, como em qualquer Região do Brasil, temos ampla demanda de atendimentos para pessoas com transtornos do espectro autista. O município tem um acentuado índice de pessoas com Transtornos Neurodivergentes, indivíduos que processam informações e experienciam o mundo de maneira diferente do padrão neurotípico. Os atendimentos em 2024

eram de livre demanda, mas em 2025 passaram a ser por ordem de chegada. Até 2024, as informações eram registradas através de prontuário Fonoaudiológico físico, que após os atendimentos eram lançados no e-Sus, gerando uma produção. A partir de 2025, o sistema foi substituído pelo e-SUS APS PEC, onde todas as informações estão disponíveis para o SUS. Os Transtornos mais frequentes são Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e TEA. A aceitação e compreensão dessas diferenças são essenciais para promover um ambiente mais inclusivo e respeitoso.

Figura 1. Divulgação do Projeto em Barcelos, AM.



Fonte: Acervo pessoal, 2025.

A equipe e-Multi era composta de 2 Psicólogos, 2 Nutricionistas, 1 Assistência Social e 2 Fisioterapeutas, mas com o aumento das demandas a Fonoaudióloga passou a compor a equipe (esta que vos escreve). Durante o tempo em que realizamos o acompanhamento destas demandas, notamos que a proposta inicial era apenas realizar atendimentos individuais de pessoas com TEA. No entanto, com o passar do tempo e o estabelecimento de parcerias,

avancamos muito além da proposta inicial, haja vista que conseguimos envolver outros profissionais, famílias, escolas e atendimentos pela telemedicina. A construção de uma rede de apoio e cuidado intersetorial foi de fundamental importância para o bom andamento do projeto.

Ao todo, a fonoaudiologia realizou 1.230 atendimentos, destes, 412 foram para pessoas com nível 1 de suporte: que apresenta dificuldade na comunicação, comportamentos repetitivos e interesses restritos, resistência à mudança e sensibilidades sensoriais. Outras 48 pessoas para nível de suporte 2: apresentam dificuldade na socialização, rigidez cognitiva, dificuldades de lidar com mudanças, hiperfoco, déficits na fala e linguagem. Ainda foram atendidas 33 pessoas com nível 3 de suporte: apresenta dificuldade na comunicação, na socialização, comportamentos repetitivos, autorregulação emocional, rotina e atividade diária. Outras demandas totalizaram 737 atendimentos. Tais atendimentos se deram em seis diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Visitas domiciliares foram realizadas, incluindo em territórios ribeirinhos, que exigem dos profissionais de saúde outra forma de fazer saúde.

Outro ponto importante do trabalho foi a realização de eventos e de palestras sobre o tema do TEA. Neste, podíamos dar visibilidade para estas demandas, combatendo preconceitos e desinformações, bem como fortalecendo a garantia dos mais diversos direitos sociais para estas pessoas e seus familiares/cuidadores. Foram oportunidades importantes para apresentar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o fluxo dos atendimentos, os encaminhamentos que devem ser realizados e o papel de cada ponto de atenção da rede.

Para além disso, temos que destacar a realização de reuniões de equipes e de gestão, onde questões individuais, familiares e comunitárias eram discutidas, possibilitando ajustes necessários para melhor cobertura dos serviços de saúde no território. O desenho de novas estratégias para realizar as ações e mapear possíveis parcerias nas áreas atendidas.

Outro resultado obtido foi o acolhimento de familiares e cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com TEA. Nossa equipe

multidisciplinar implementou o fluxo, quando não somente a pessoa neurodivergente era atendida, mas seus acompanhantes também o eram. Tal proposta de atendimento foi fundamental para o suporte emocional dessas pessoas – mulheres, em sua maioria. Também possibilitaram maior engajamento no acompanhamento.

A parceria com escolas municipais também foi fundamental para o bom funcionamento do projeto. Nos aproximamos das práticas educacionais que também devem fazer parte do cuidado das pessoas com TEA, bem como orientar profissionais de educação sobre o processo de inclusão escolar. Da mesma forma, as escolas, ao tomarem conhecimento da existência do projeto, realizavam encaminhamentos de demandas antes silenciadas nos territórios.

O projeto também destacou a importância do Centro de Educação Tecnológica do Amazonas (CETAM) na oferta de cursos de formação e qualificação profissional para os profissionais que atuam no atendimento, acompanhamento e cuidado dessa demanda. Por fim, cabe destacar a sensibilidade e o apoio das autoridades do município sobre a demanda de pessoas com TEA.

Dos desafios e potências

Neste momento, nos dedicaremos a apontar os principais desafios pela equipe do projeto na realização das atividades. Em primeiro lugar, cabe destacar a falta de profissionais nas equipes de saúde. Frente ao aumento da demanda de atendimento para pessoas com TEA, o quantitativo de pessoas para acompanhar o cuidado destas ainda é incipiente. Tal dificuldade se amplia quando pensamos sobre especialidades ainda mais raras em territórios amazônicos, como a medicina. Psiquiatria, neurologia, neuropediatria são especialidades que precisam estar mais presentes nos territórios, haja vista a importância que o diagnóstico destes profissionais tem no processo de garantia

de direitos sociais das pessoas com TEA, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o profissional de apoio escolar, a gratuidade do transporte intermunicipal, entre outros (Brasil, 2015).

Ainda sobre a equipe, embora existam ações de capacitação e qualificação profissional, estas ainda são incipientes e precisam ser ampliadas. Em geral, os polos formativos estão concentrados na capital Manaus. Quando vão aos municípios, concentram-se na zona mais urbanizada, dificilmente chegando aos territórios ribeirinhos. O fluxo de novas informações sobre o cuidado de pessoas com TEA também é intenso, ou seja, a cada dia novas formas de cuidar são inventadas e precisam ser publicizadas.


Outro desafio que gostaríamos de mencionar em relação à adequação do espaço físico. Nem sempre podíamos contar com estruturas satisfatórias, exigindo de nós a necessidade de inventar estratégias com o que tínhamos em mãos. Neste sentido, uma dificuldade exigia o desenvolvimento de potências: a criação de novos arranjos do setting terapêutico. A falta de insumos adequados também fora um desafio enfrentado.

Considerações Finais

Os profissionais são e devem estar presentes diante de tantas demandas existentes num município de difícil acesso, como é o caso de Barcelos. Portanto, é importante um olhar da gestão para a ampliação das equipes e profissionais qualificados para enfrentar esse problema. O acesso universal à saúde faz parte dos direitos da população brasileira, especialmente aquelas que estão localizadas na Amazônia. Por fim, sem amor, não há inclusão, sem amor não há luta, não há solidariedade e muito menos respeito mútuo, direitos assegurados e inclusão.

Referências

- Bialer, M., & Voltolini, R. (2022). Autismo: história de um quadro e o quadro de uma história. *Psicol. estud.*, v. 27, e45865.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: Ministério da Saúde.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Cidades. Barcelos-AM*. Brasília, DF: IBGE.
- Leboyer, M. (1995). *Autismo infantil: fatos e modelos*. (2a ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o §3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm
- Misquiatti, a. R. N., Brito, M. C., Ferreira, F. T. S. & Junior, F. B. A. (2015). Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. *Rev. Cefac*. 2015 jan-fev; 17(1):192-200.
- Motta, M. E. C. D., Cerqueira, A. C. D. R., Melo, D. C., Oliveira, c. S. & filho, J. A. B. F. (2024). Sofrimento psíquico dos cuidadores de crianças e adolescentes autistas. *Contribuciones a las ciencias sociales, são José dos pinhais*, v.17, n.3, p. 01-20.
- Pessoa, M. (2017). Conheça a história do município de Barcelos, a primeira capital do Amazonas. [Blog online]. <https://noamazonaseassim.com/conheca-a-historia-do-municipio-de-barcelos-a-primeira-capital-do-amazonas/>



UBS Quilombola: Ações de Saúde para o fortalecer de vínculo com a Comunidade e Valorização Cultural

**Elison Gonçalves da Silva
Lucas da Silva de Almeida
Wanderson Rodrigues de Souza
Sara da Silva Negreiros
Claudia de Souza Carneiro
Dorisnei Xisto de Matos
Daiana Santana Ramos**

*Aqui em Barreirinha encontrei meu chão
Fiz dela minha África, quilombo, refúgio,
Meu modo de vida! Nossa cultura resiste!
Nosso povo está presente!*

(Neto Cabral e Raelson Lucas, 2022)

Introdução

Os conhecimentos tradicionais que eram pensados como “expressão cultural” estão se tornando uma categoria do direito e um instrumento político de defesa dos territórios indígenas, quilombolas e dos demais povos e comunidades tradicionais. Enquanto tais acham-se referidos a diferentes planos de interlocução política que se realizam simultaneamente.

A região amazônica é caracterizada por sua grande construção intercultural, sendo formada por diversos povos originários indígenas, e comunidades tradicionais como os ribeirinhos, pescadores, extrativistas

e quilombolas, sendo que esses povos desenvolveram ao longo do tempo uma relação mútua entre seus indivíduos (Maciel, 2022). Nesse sentido, ao estabelecer conhecimentos próprios sobre o território, a floresta e os recursos naturais, os saberes populares emergiram, e são representados como patrimônio cultural, social e ambiental. Esses saberes tradicionais resultam de práticas históricas e da interação contínua entre sociedade e natureza, orientando formas sustentáveis de uso do ambiente e de organização social (Maciel, 2022).

Os conhecimentos tradicionais amazônicos representam sistemas complexos de compreensão do mundo e da natureza, baseados na observação, na experiência e na transmissão intergeracional. O diálogo entre conhecimento científico e saberes populares torna-se fundamental para a construção de alternativas de desenvolvimento mais sustentáveis e socialmente justas na região amazônica (Peralta, 2021).

As comunidades quilombolas na Amazônia também desempenham um papel fundamental na preservação cultural, social e ambiental. Esses grupos são formados por descendentes de africanos escravizados que estabeleceram territórios de resistência e autonomia, desenvolvendo modos de vida próprios baseados na agricultura familiar, no extrativismo e na relação equilibrada com o ambiente (Freitas & Schweickardt, 2023). A presença da população quilombola e suas heranças na Amazônia fazem parte da formação cultural da região amazônica, embora, muitas vezes tenha sido invisibilizada nos estudos dos contextos históricos ou negados nas narrativas poéticas e científicas como parte integrante dos povos tradicionais (Costa, 2014)

Após a Constituição Federal, o governo brasileiro passou a adotar, por meio de medida provisória, o entendimento de conhecimento tradicional sendo o conjunto de ações, manifestações e práticas, individuais ou coletivas, desenvolvidas por comunidades ou grupos socialmente organizados que as detenham, dotadas de valor afetivo ou potencial e vinculadas ao patrimônio genético e cultural (Brasil, 2001).

Os quilombos no Brasil constituem-se historicamente como local de refúgio e esconderijo para os africanos escravizados e seus descendentes que fugiram do cativeiro, organizando-se em territórios autônomos para garantir sobrevivência e organização social. A literatura contemporânea atualiza o conceito de quilombo para além, sendo entendido como espaço de resistência, construído a partir da identidade étnico-territorial dos seus indivíduos, na qual, articula memória, saberes, saúde, direitos e lutas por territorialidade (Pereira, 2024).

A presença africana na Amazônia tem marcado o processo de ocupação regional desde o período colonial, não apenas como mão de obra escravizada incorporada as fazendas, seringais e construção de monumentos coloniais, mas também como populações que se organizaram em mocambos e quilombos nas entranhas da floresta, ao longo de rios e áreas de difícil acesso (Vale, 2021).

Existem elementos de discussão acerca do conhecimento tradicional, onde evidenciam uma tensão nas iniciativas de mobilização indígena, ribeirinha e quilombola, na qual, colocam-se em contraposição à manipulação desses conhecimentos por empresas transnacionais e laboratórios de biotecnologias, na qual, visam possuir o monopólio de patentes e elementos vinculados a esses saberes, privando assim, o direito de uso pelos próprios agentes sociais que os produzem e reproduzem (Wedig, 2021).

Há cerca de duas décadas, o estado do Amazonas vem presenciando mobilizações sociais voltadas à reivindicação de direitos étnicos, territoriais e de integração social. Como resultado desse processo, frequentemente denominado de “fenômeno quilombola no Amazonas”, o Estado brasileiro passou a reconhecer oficialmente diversas comunidades tradicionais como sendo remanescentes de quilombos no território amazonense (Silva & Rocha, 2016).

Garantia de Saúde e Preservação dos Saberes Tradicionais

Além da dimensão histórica e cultural, os saberes quilombolas também se expressam de maneira significativa nas cotidianas de manejo e na relação com o território, como na saúde e o uso de plantas e ervas medicinais, nas técnicas do cultivo da agricultura familiar, nas festas com ritmos e danças e nas diversas formas comunitárias de organização social (Silva et al., 2024). Esses saberes são repassados pela oralidade entre gerações e contribuem para a manutenção da biodiversidade, no fortalecimento da saúde e na preservação das identidades culturais dessas populações. A valorização desses saberes é fundamental para o reconhecimento dos direitos territoriais e para a construção de políticas públicas.

No que se refere à saúde, as comunidades quilombolas fazem parte importante na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN. Do mesmo modo, as populações quilombolas são valorizadas na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas - PNSIPCFA, em 2011 (Brasil, 2009; Brasil, 2011). As populações quilombolas acreditam que a saúde está ligada aos fatores sociais e territoriais que impactam diretamente nos modos de vida da comunidade, isso inclui a luta pela posse da terra, o combate ao racismo ambiental, os preconceitos históricos, a desigualdade na distribuição de renda e nas dificuldades no acesso aos serviços de saúde (Durand & Heideman, 2019).

A formação de quilombos, muitas vezes, ocorreu por estratégias específicas de localização (ilhas fluviais, margens recuadas, terras inundáveis) que ofereciam proteção contra expedições de captura e reescravização. Essa logística territorial permitiu a reprodução social, trocas econômicas locais (pesca, agricultura de subsistência, extrativismo) e manutenção de redes de parentesco e sociabilidade (Monteiro, 2020). Assim, a dinâmica de ocupação e

integração do povo negro aos povos já existentes como exemplo na região do Baixo Rio Amazonas, em Barreirinha, é possível acompanhar o processo de trajetórias dos primeiros povoadores negros que deram origem às comunidades quilombolas atuais (Silva & Rocha, 2016).

Alguns estudos apontam que nas comunidades tradicionais como os quilombolas, as políticas de saúde devem ser culturalmente sensíveis e essenciais para promover equidade e valorização das tradições e da ancestralidade. O acesso a serviços e a adequação das ações de atenção básica para a realidade desses grupos torna a saúde um campo estratégico tanto para reduzir vulnerabilidades, e reconhecer saberes tradicionais como as práticas medicinais (plantas e ervas), além dos recursos de saúde comunitária, sendo representada pela figura do rezador e parteira (Nink, Nunes & Nink, 2023).

Projetos de educação em saúde e intervenções de atenção primária que dialogam com as tradições quilombolas fortalecem o respeito identitário e o protagonismo comunitário, servindo ao mesmo tempo como instrumento de empoderamento e valorização cultural (Santos, Sousa & Costa, 2025). Diante disso, compreender a Amazônia requer considerar não apenas sua dimensão ecológica, mas também os conhecimentos produzidos pelos povos que historicamente habitam esse território. Os saberes tradicionais e quilombolas constituem formas legítimas de conhecimento e representam importantes contribuições para a construção de novos paradigmas de relação entre sociedade e natureza (Peralta, 2021).

Território do Rio Andirá e a Relação com a Saúde

A historicidade dos negros na Amazônia está frequentemente invisibilizada nas narrativas oficiais. As pesquisas arqueológicas, historiográficas e de história oral têm revelado a presença marcante da população negra em práticas culturais, festivas e religiosas, bem como no uso e manejo do território (Costa, 2025).

A Fundação Palmares, em 2013, certificou cinco comunidades do território do Rio Andirá como sendo remanescente de quilombos sendo, Santa Tereza do Matupiri, Ituquara, Boa Fé, São Pedro do Andirá e Trindade. Em 2015, foi incluído na certificação o Distrito de São Paulo do Açú, na qual, passou a integrar os espaços das lutas do movimento quilombola (Silva & Rocha, 2018).

No caso específico de Barreirinha, na região do Baixo Rio Amazonas, estudos etnográficos e dissertações que investigaram as comunidades do rio Andirá como Santa Tereza do Matupiri e demais localidades, apontam os processos de territorialização, organização sociopolítica como a criação da federação local de organizações quilombolas e estratégias de resistência frente a pressões territoriais de posseiros, agronegócio, madeiras (Oliveira, 2021).

A Federação das Organizações Quilombolas do Município de Barreirinha (FOQMB) foi criada em 16 de fevereiro de 2009, tornando-se a principal representação política da região. O seu Estatuto visa reunir as organizações quilombolas do município, colaborando para a efetivação da titulação das terras, bem como para o desenvolvimento de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, lazer e etnodesenvolvimento específicas para as comunidades e famílias do território (Costa & Ranciaro, 2021).

Essas dinâmicas de historicidade e identidade impactam diretamente a saúde com a construção de políticas de públicas eficazes passando pela interlocução intercultural com a inclusão de termos, práticas e saberes locais, o reconhecimento de determinantes socioeconômicos e a garantia de acesso a serviços que respeitem a autonomia das comunidades (Durand & Heidemann, 2019).

Estudos apontam que especificamente no Território quilombola de Barreirinha existe uma centralidade e empoderamento das mulheres pretas quilombolas, na qual visa a manutenção de práticas de cuidado, a preservação da cultura das ervas e curas tradicionais, além da articulação política em saúde comunitária (Rocha & Correa, 2018).

A abordagem intercultural em saúde pressupõe reconhecer as práticas, linguagens e cosmologias das populações quilombolas como elementos para o cuidado, na qual, as estratégias da rede de cuidado na atenção básica deve culturalmente ser adaptado e mediada por agentes locais, estabelecendo a relação recíproca entre saberes tradicionais e a biomedicina (Nink, Nunes & Nink, 2023).

Ações e Estratégias para o Fortalecimento de Vínculo Entre Equipe de Saúde e a Comunidade

As políticas públicas como a PNSIPN e as experiências exitosas de projetos têm apontado caminhos e Intervenções bem-sucedidas, que combinam formação de profissionais em sensibilidade intercultural, participação comunitária na gestão de serviços e instrumentos de reconhecimento territorial que reduzam vulnerabilidades socioambientais que afetam a saúde (Brasil, 2016). Nesse Sentido, esse trabalho tem como objetivo relatar as ações e estratégias que visaram fortalecer o vínculo entre a comunidade quilombola e a Unidade Básica de Saúde (UBS) e sua equipe de profissionais, ressaltando a importância da valorização da cultura quilombola.

Barreirinha está situada na região do Baixo-Amazonas, estado do Amazonas, com população estimada em 2024 de 33.919 habitantes, distribuídos entre área urbanas, rurais e comunidades tradicionais, sendo abrigo para a diversidade cultural, ambiental e étnica. O território destaca-se pela vasta biodiversidade da fauna e flora amazônica, que convive em um contexto com uma sociedade intercultural e pluriétnica. O município possui fortes relações com o povo originário da etnia Sateré-Mawé, sendo conhecidos por suas tradições e conhecimentos ancestrais, além de povos tradicionais, como ribeirinhos, pescadores, e comunidades formadas por migrantes nordestinos, japoneses e quilombolas, que contribuíram significativamente para a formação

histórica, social e cultural da região. Segundo dados do Censo de 2022, a área é formada pela maior população quilombola do estado do Amazonas, com 1.141 pessoas, distribuídos em 276 famílias. Esse reconhecimento é importante para fortalecer a identidade étnica e os direitos territoriais dessa população, além de possibilitar o acesso a políticas públicas de saúde (IBGE, 2022).

Como parte das ações de inclusões e promoção da saúde, uma UBS foi inserida no território quilombola para ampliar a cobertura assistencial e garantir o direito constitucional à saúde. No entanto, em 2024, foram identificados diversos os desafios como baixa procura por atendimentos, resistência aos serviços ofertados, fraca adesão as programações de saúde e baixo envolvimento comunitário nas ações propostas pela equipe de saúde. Os indicadores vacinais, por exemplo, apresentaram índices preocupantes.

Uma análise revelou que parte da resistência estava relacionada a fatores culturais e estruturais. Práticas tradicionais de cuidado, como o uso de “rezadores” sendo figura responsável pelo alívio de agravos e dores, na qual, utiliza-se de ervas medicinais. Essa prática ainda é amplamente utilizada e valorizada, o que, em muitos casos, é o primeiro ponto de cuidado em detrimento aos métodos da biomedicina. Outro ponto relevante foi a incompatibilidade entre os horários de funcionamento da Unidade e a rotina das famílias, que muitas vezes estão em seus terrenos sendo distantes, em atividades de subsistência como o cultivo e plantio, a pesca e extração, ao longo do dia.

Além disso, ocorre no território a disseminação de *Fake News* sobre a eficácia dos imunizantes, especialmente pelas redes sociais, o que contribuiu para o medo e a hesitação vacinal na população. Esse foi um fenômeno nacional e internacional, afetando a confiança das pessoas nas vacinas e promovendo os movimentos antivacinas.

A falta de representatividade na equipe de saúde também foi apontada como um fator de distanciamento, pois no início da implantação da Unidade muitos profissionais não compreendiam adequadamente os modos de vida e valores da população local. Diante desse cenário, foi necessário reformular

as estratégias de atuação, adotando uma abordagem que priorizasse o fortalecimento do vínculo entre a UBS e a comunidade, ressaltando o respeito aos saberes populares, às crenças locais e ao cotidiano da população quilombola.

Foram realizadas ações para reforçar a relação que deve existir entre os profissionais e os usuários, além da confluência entre conhecimento científico e saberes populares. Desse modo, diversas ações intersetoriais e culturais foram implementadas como a Roda de conversa com lideranças comunitárias, promovendo o diálogo horizontal e permitindo que os moradores ampliem sua voz ativa nos espaços de decisão em saúde, proporcionando um protagonismo antes pouco considerado. Como estratégia foram realizadas palestras e oficinas integradas abordando o uso de plantas e ervas medicinais e suas possíveis interações com a medicina convencional, buscando criar pontes entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais, na busca de tratamentos e reabilitações.

Durante a programação do “Dia D” de vacinação, as crianças participaram de atividades lúdicas e educativas enquanto aguardavam atendimento. Foram realizadas oficinas sobre imunização, abordando de forma acessível a importância das vacinas, juntamente com ações de valorização da cultura negra no contexto Amazônico, como a criação em parceria com as oficinas do Projeto Amazônia Solidária, coordenado pela Fiocruz Amazônia, a mascote “Zé Quilombinho”, símbolo da saúde e da identidade quilombola.

Uma das medidas mais significativas foi a valorização da representatividade, com a contratação de profissionais negros e quilombolas, promovendo o sentimento de pertencimento e acolhimento. Além disso, a UBS passou a funcionar em horários alternativos, incluindo turnos noturnos e nos finais de semana, possibilitando o acesso das famílias que, durante o dia, estão em seus “centros”, locais de produção de plantio e colheita e trabalho de subsistência.

A equipe de saúde também apoiou a realização da Semana da Cultura Negra no mês de novembro, que celebrou e resgatou manifestações culturais

do quilombo, como as danças do Lundum, Carimbó, Sirriá, capoeira e a tradicional brincadeira da Onça Te Pega (conhecida como pega-pega). Essas ações contribuíram para o fortalecimento da identidade cultural e para a construção de um ambiente mais acolhedor e inclusivo na UBS. Além disso, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram qualificados para atuarem como mediadores culturais, e passaram a abordar em suas visitas domiciliares temas como a importância do cadastro no autorreconhecimento como negro e quilombola, bem como reforçar os benefícios dos serviços de saúde oferecidos.

Essas ações demonstram como o cuidado em saúde precisa ser sensível às realidades culturais e sociais das populações, respeitando seus tempos, práticas e modos de vida. Ao promover a escuta qualificada, o diálogo intercultural e o acesso efetivo aos serviços, é possível reduzir desigualdades históricas e avançar na consolidação de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais equitativo, justo e inclusivo.

Diante das dificuldades identificadas na atenção à saúde da população quilombola, tornou-se evidente a necessidade de reorganizar os processos de trabalho da equipe de saúde, com foco na melhoria do gerenciamento de recursos humanos, materiais e estruturais, bem como na qualificação da gestão e da oferta dos serviços. A escuta qualificada das lideranças locais e a análise de dados assistenciais contribuíram para o planejamento de estratégias eficazes, respeitando o contexto sociocultural da comunidade.

Nesse sentido, foram estabelecidas ações de reestruturação organizacional, ampliação do acesso, fortalecimento da equipe multiprofissional, valorização da cultura local e aproximação com os saberes tradicionais. Entre as medidas adotadas, destacam-se a extensão dos horários de atendimento da UBS, a inserção de profissionais com perfil compatível com o território, o estímulo à educação em saúde e a promoção de atividades integradas com as lideranças quilombolas.

Como reflexo dessas intervenções, observamos um impacto positivo nos indicadores de cobertura. De acordo com o Relatório de Atendimento

Individual do E-SUS APS, em 2023 a unidade registrava em média de 89 atendimentos mensais. Após a implantação das ações, a média subiu para 121 atendimentos mensais em 2024, representando um aumento de aproximadamente 36%. Esse crescimento evidencia a melhora na adesão da comunidade aos serviços ofertados, reflexo direto da criação de vínculo entre equipe e população. Além disso, segundo o Relatório de Procedimentos Consolidados, houve um expressivo aumento no número de procedimentos realizados: de 3.478 em 2023 para 4.768 em 2024, refletindo maior resolubilidade da unidade e uma ampliação da oferta de serviços em saúde.

No campo da promoção da saúde, aliada à valorização cultural e ao fortalecimento da identidade étnico-racial, houve avanço significativo no número de usuários que se identificam como negros ou quilombolas. Conforme dados do Relatório de Cadastro Individual, em 2023 havia 1.079 cadastros com esse perfil, e em 2024 esse número subiu para 1.224, demonstrando o impacto positivo das ações voltadas ao autorreconhecimento e à valorização da ancestralidade afro-brasileira. Isso também evidencia a importância da abordagem interseccional no cuidado em saúde, considerando os marcadores sociais como raça, território e cultura.

Outro indicador sensível à qualidade das ações foi a cobertura vacinal de crianças menores de 01 ano. Em 2023, a cobertura vacinal para Poliomielite e Pentavalente era de 85%, índice considerado abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde. No entanto, em 2024, com a intensificação das campanhas, educação em saúde e estratégias de imunização culturalmente adaptadas, a cobertura atingiu 100%, consolidando a eficácia das intervenções e a confiança reconquistada da comunidade nos serviços da UBS.

Os resultados obtidos não se limitam ao aspecto quantitativo, como o aumento nos atendimentos, nos procedimentos, na cobertura vacinal e nos cadastros de autorreconhecimento. Houve também resultados qualitativos expressivos, perceptíveis no aumento da participação da população nas atividades de saúde, nas rodas de conversa, nas oficinas

sobre saberes tradicionais, e na promoção de espaços de resgate e valorização da cultura quilombola.

Esse processo de construção conjunta resultou no fortalecimento da autonomia dos usuários, com o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre o contexto social e histórico em que estão inseridos. A população passou a se reconhecer como protagonista de sua própria história e de suas lutas por direitos, o que legitima a atuação da equipe de saúde como aliada na promoção da equidade e no enfrentamento das desigualdades étnico-raciais. Assim, a reorganização dos processos de trabalho foi fundamental não apenas para ampliar o acesso e a resolutividade da atenção básica, mas também para consolidar uma prática de cuidado humanizada, culturalmente sensível e politicamente comprometida com a transformação social e a justiça histórica dos povos quilombolas.

Considerações Finais

As ações têm grande relevância social e institucional, pois representa uma construção coletiva que respeita e reflete a realidade concreta do território, suas relações sociais, culturais e históricas. Trata-se de uma experiência baseada na escuta ativa, na valorização dos saberes locais e no reconhecimento da diversidade cultural como elemento fundamental para a efetividade das políticas públicas em saúde.

Os saberes populares, as práticas tradicionais de cura e os modos de vida ancestrais ainda são elementos vivos e essenciais à existência das populações. No entanto, a ausência de reconhecimento institucional, a discriminação racial e o desconhecimento por parte dos serviços formais de saúde acabam por excluir essas práticas e, conseqüentemente, dificultam o acesso pleno e qualificado da população quilombola aos seus direitos fundamentais, entre eles o direito à saúde.

Os desdobramentos transcenderam a esfera assistencial, promovendo interações interculturais, trocas de saberes, empoderamento comunitário e resgate da identidade étnico-cultural. Ao oferecer um espaço de escuta e diálogo horizontal, o projeto mostrou que a diversidade de conhecimentos tradicional e científico pode coexistir e, mais do que isso, colaborar mutuamente para o bem-estar integral do indivíduo.

Na Amazônia profunda os saberes populares se misturam, mas a falta de conhecimento e a discriminação dificultam que esse povo tenha o direito preservado do acesso aos serviços de saúde. As ações visaram, de início, o fortalecimento de vínculos, mas suas ações e resultados transcenderam 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.

Por fim, faz-se necessário garantir Políticas Públicas e possibilitar serviços de saúde para o povo quilombola, sendo uma população vulnerabilizada e historicamente esquecida ou não reconhecida no contexto amazônico. É inegável a presença das raízes da cultura quilombola e negra. Dessa forma, são necessárias mais pesquisas e ações que exaltem a presença dessa população, com direitos assegurados e respeitados como negritude Amazônica.

Referência

- Almeida Neto, M. C. DE. & Oliveira, R. L.. (2022). *Quilombos do Andirá: Um Brado de Residência*. Associação Cultural Bumbá Touro Branco. Álbum Digital Ritos. Barreirinha-AM.
- Brasil. *Medida Provisória nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001*. Regulamenta o inciso II do §1º e o §4º do art. 225 da Constituição Federal, os arts. 1º, 8º, alínea “j”, 10, alínea “c”, 15 e 16 da Convenção sobre Diversidade Biológica, dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com objetivo de promover a saúde integral da população negra e reduzir as desigualdades em saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial*

da União, Brasília, 13 maio 2009.

- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), reconhecendo especificidades de saúde das populações rurais e tradicionais (incluindo comunidades tradicionais). *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 dez. 2011.
- Brasil, S. A.. (2016). A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnicosraciais e principais tensões do campo. *Dissertação (Mestrado)* - Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Costa, A. E., & Ranciaro, M. M. M. de A. (2021). A organização políticoterritorial das comunidades quilombolas do rio Andirá (AM): história, resistência e estratégias de luta. *Dissertação (Mestrado)* — Instituto de Agronomia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Seropédica.
- Costa, D. M.. (2025). Uncovering histories: archaeology and the contemporary struggles of quilombola communities in the Amazon. *Journal of African Diaspora Archaeology and Heritage*, v. 14, n. 1, p. 2449.
- Costa, E. (2014). Comunidades quilombolas, territorialidade e invisibilidade social na Amazônia. *Revista NERA*, Presidente Prudente, v. 17, n. 25, p. 117-134.
- Durand, M. K., & Heideman, I. T. S. B. (2019). Determinantes sociais de uma comunidade quilombola e sua interface com a promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, e03451.
- EMBRAPA. (2023). Conhecimento tradicional: conceitos e marco legal. Brasília: Embrapa.
- Freitas, J., Schweickardt, J. C.. (2023). Amazônia quilombola: cenário, produção e práticas de saúde. *Saúde em Redes*, v. 9, n. 1.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Barreirinha (AM) - Panorama*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/barreirinha.html>. Acesso em: 12 mar. 2026.
- Maciel, M. A. (2022). Da fragmentação à complexidade: os saberes tradicionais amazônicos e a relação ser humano-natureza na Amazônia sob uma compreensão em Edgar Morin. *Revista Epistemologia*.
- Monteiro, G. R. F. de F. (2020). Notas para (re)pensar a formação territorial brasileira: processos de resistência e construção quilombola. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negros*, v. 12, ed. especial “Geografias Negras”, p. 361388.
- Nink, M. S., Nunes, E. dos S., & Nink, R. A.. (2023). Culture – Health relationships in a quilombola community in Northeastern Brazil: Perceptions of the duality of traditional medicine / conventional medicine. *Health and Medicine: Science, Care, and Discoveries*.
- Oliveira, G. Í. F. de. (2021). Comunidade quilombola de Santa Tereza do Matupiri/AM: conflito, resistência e reconhecimento territorial no rio Andirá. 236 f. *Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia)* — Universidade Federal do Amazonas, Manaus.
- Peralta, N. (2021). Decolonialidade e saberes tradicionais em práticas científicas na Amazônia.

Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 89-107.

Pereira, A. dos S. (2024). Quilombos: the land is life and freedom. *Pós – Revista Brasileira de PósGraduação em Ciências Sociais*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 0811.

Rocha, J. M., & Correa, M. (2018). Andirá: diálogos interdisciplinares para uma história social do movimento quilombola do rio Andirá, fronteira Amazonas/Pará. In: seminário internacional em sociedade e cultura na Pan-amazônia, 3., Manaus. *Anais [...]*. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, p. 1-15. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigofadcdc70c9e3230253456e2ee34b5723e3aedb52-arquivo.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2025.

Santos, R. I. F. dos, Sousa, A. dos S., & Costa, K. F. S. et al. (2025). A educação em saúde na promoção do empoderamento comunitário: uma revisão integrativa da atuação multiprofissional. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 15, n. 2, p. 341354.

Silva, C. R.. (2019). *Almeida citado na literatura sobre biopirataria e conhecimentos tradicionais*. “Conhecimento não se vende”: a colonialidade e o embate de perspectivas sobre os conhecimentos tradicionais. *Revista Democrática*, v. 16, n. 34.


Wedig, J. C.. (2021). “Conhecimento não se vende”: a colonialidade e o embate de perspectivas sobre os conhecimentos tradicionais. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 21(2), 334–343. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.2.36119>

Silva, J. C. da., & Rocha, J. M.. (2016). Das memórias negras na Amazônia: resistência e luta quilombola no Andirá, BarreirinhaAM, Brasil. *África[s] – Revista do Programa de PósGraduação em Estudos Africanos e Representações da África*, v. 3, n. 6.

Silva, J. C. da, & Rocha, J. M.. (2018). Protagonismos quilombolas no Amazonas: identidades, territorialidades e reconhecimento das comunidades do Rio Andirá. *Anais do Copene 2018*, p. 114.

Silva, R. B. de S., Nunes, G. C., Aragão, J. A., Moura, R. L., Deus, M. M. L. de, Sousa, E. A. D., VieVieira, D. C. S., MouMoura, R. L., GonçGonçalves, D. M., Lima, M. da V. B., Meneses, P. R. S. A., LustLustosa, S. B., MouraMoura, G. de, Meneses, S. A. de S., & Figueiredo, L. S. (2024). PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: SABERES E FAZERES EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 1746–1763. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p1746-1763>

Vale, E. da S.. (2021). Floresta Negra: a presença africana na Amazônia. *Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em História)* — Universidade do Estado do Amazonas.



Telessaúde como Estratégia de Redução das Iniquidades no SUS: o caso de Boa Vista do Ramos, AM

Raimara Aragão Alfaia
Lysandra Nívea Guimarães Farias
Tátia Lamara Magno Morais
Khassiara Desadora Soares do Carmo
Elioinai de Araújo Miller

Atenção à saúde em territórios remotos e os desafios da regulação

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas sociais asseguradas pela Constituição Federal de 1988. Estruturado sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paim, 2018, p. 45), o SUS enfrenta obstáculos concretos para efetivar esses ideais, especialmente em territórios caracterizados por grandes desafios geográficos e socioeconômicos, como a Amazônia. O acesso a serviços especializados continua sendo uma das maiores dificuldades para a população residente em municípios de médio e pequeno porte, que dependem de centros de referência situados nas capitais (Giovannella & Almeida, 2020, p. 112).

Neste contexto, a Política Nacional de Regulação do SUS surge como uma estratégia para garantir justiça distributiva na utilização dos recursos em saúde, organizando o acesso de maneira mais racional e equitativa. A regulação, contudo, vai além da simples gestão de filas, implicando na articulação de

fluxos, recursos e práticas (Mendes, 2011, p. 68). A escassez de especialistas em áreas como a neuropediatria e a alta demanda reprimida tornam o tempo de espera excessivo, afetando negativamente tanto usuários quanto gestores.

Diante dessas limitações, a adoção de tecnologias de informação e comunicação (TICs) se apresenta como alternativa potente para qualificar o cuidado e democratizar o acesso. A Telessaúde, em particular, tem se consolidado como ferramenta estratégica ao viabilizar teleconsultorias, teleducação e teleatendimentos em tempo real, superando as barreiras físicas e fortalecendo o papel da atenção primária (Brasil, 2020, p. 14; OMS, 2016, p. 22).

No estado do Amazonas, onde grande parte dos municípios é acessível apenas por transporte fluvial e enfrenta desafios relacionados à baixa densidade demográfica, à precariedade de infraestrutura e à vasta extensão territorial, os obstáculos logísticos para a regulação de serviços especializados se tornam ainda mais complexos e persistentes. Nessas regiões, o modelo tradicional de atenção à saúde, fortemente centralizado em polos urbanos, mostra-se limitado e ineficaz para atender às demandas de populações geograficamente dispersas e isoladas.

Boa Vista do Ramos (BVR) está localizado na região do Baixo Amazonas, sendo um município de médio porte que abriga aproximadamente 25 mil habitantes, segundo estimativas do IBGE (2024). Inserido em um território caracterizado por rios extensos, floresta densa e baixa conectividade terrestre, o município exemplifica os desafios vividos por localidades cuja logística de deslocamento está quase que inteiramente condicionada à navegação fluvial. O percurso até Manaus, capital do estado e centro de referência para atendimentos especializados, pode levar até dois dias, dependendo das condições climáticas e do tipo de embarcação utilizada.

A realidade do município impõe limitações importantes à fluidez dos fluxos assistenciais, uma vez que compromete não apenas o transporte de usuários, mas também o envio de documentos, amostras, insumos e profissionais. A distância física se traduz em barreiras institucionais,

burocráticas e emocionais, que impactam diretamente a dinâmica da regulação do SUS. Dificuldades na articulação entre os níveis de atenção, ausências frequentes em consultas agendadas e a demora no retorno aos cuidados locais são apenas alguns dos efeitos concretos de um modelo de regulação que ainda não responde de forma eficaz às condições amazônicas.

O deslocamento de usuários para Manaus, frequentemente necessário diante da escassez de especialistas, representa não apenas uma dificuldade operacional, mas um verdadeiro sofrimento social. As famílias, em sua maioria em situação de vulnerabilidade econômica, precisam deixar seus lares por tempo indeterminado, dependendo de ajuda de custo da prefeitura municipal ou de redes de apoio informais para se manter na capital. No entanto, esses auxílios são muitas vezes insuficientes para cobrir despesas com alimentação, hospedagem e transporte urbano, expondo os usuários a situações de insegurança e abandono em uma cidade desconhecida.

Além disso, a permanência prolongada de pacientes e acompanhantes fora de seu território de origem compromete vínculos sociais e familiares, gerando afastamento do trabalho, descontinuidade escolar de crianças e adolescentes e sobrecarga emocional — especialmente em casos de doenças crônicas ou quadros neurológicos complexos (Silva, 2019, p. 95). Esse cenário reforça a urgência de repensar os mecanismos de acesso no SUS a partir de estratégias que priorizem a territorialização do cuidado e a valorização das práticas em saúde que reconheçam o contexto de vida das populações amazônicas.

Frente a essa realidade, torna-se evidente que a simples ampliação de ofertas em centros urbanos não é suficiente para enfrentar as desigualdades em saúde na região. É necessário investir em soluções estruturantes, como a regionalização efetiva dos serviços, a formação de redes de atenção integradas e, sobretudo, o uso estratégico de tecnologias que permitam superar a distância física sem romper com a continuidade e a qualidade do cuidado. Nesse sentido, iniciativas como a Telessaúde ganham relevância, pois oferecem

uma alternativa viável e eficaz para assegurar o direito à saúde em localidades onde o acesso tradicional não alcança (Paim, 2018, p. 112).

Neste capítulo, apresentamos a experiência de Boa Vista do Ramos com a implantação do Telessaúde-HUGV como estratégia complementar à regulação tradicional. O foco está na qualificação do acesso a consultas em neuropediatria, com destaque para os impactos na assistência, no vínculo com os usuários, e no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Buscamos analisar avanços, limites e perspectivas de consolidação da Telessaúde como ferramenta estruturante do SUS em contextos amazônicos

Tecnologias do cuidado e regulação em saúde: caminhos para a equidade na Amazônia

A consolidação do SUS representou um divisor de águas na história das políticas públicas brasileiras, ao estabelecer, pela primeira vez, o direito universal e igualitário à saúde como responsabilidade do Estado. Fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paim, 2018, p. 23), o SUS foi idealizado como um modelo capaz de romper com a lógica excludente dos sistemas anteriores, garantindo o acesso de toda a população aos serviços de saúde, independentemente de classe social, território ou condição de vida. Trata-se de um marco civilizatório que reposiciona a saúde como direito e dever do Estado, em consonância com o projeto democrático inscrito na Constituição Federal de 1988.

No entanto, apesar dos avanços institucionais, essa promessa constitucional ainda encontra obstáculos significativos quando confrontada com a realidade concreta da implementação, sobretudo em regiões que concentram desigualdades históricas, como a Amazônia. As especificidades territoriais — como a baixa densidade populacional, a extensão geográfica, a escassez de infraestrutura e a dificuldade de locomoção — impõem barreiras

estruturais ao acesso efetivo aos cuidados em saúde. Nesses contextos, a universalidade permanece como um ideal tensionado por condições materiais adversas, e a equidade, que exige respostas diferenciadas a diferentes necessidades, torna-se um desafio ainda maior.

Além disso, a presença desigual de recursos humanos e tecnológicos entre as regiões brasileiras agrava os hiatos na atenção especializada. Municípios pequenos e distantes dos grandes centros urbanos, como muitos dos que compõem a região amazônica, enfrentam dificuldade crônica de acesso a médicos especialistas, exames de média e alta complexidade, e até mesmo a serviços básicos contínuos. Assim, a integralidade do cuidado — entendida como a oferta de ações preventivas, curativas e reabilitadoras de forma articulada — acaba comprometida pela fragmentação e pelo subfinanciamento do sistema.

Diante desse cenário, pensar o fortalecimento do SUS na Amazônia exige mais do que a simples reprodução de modelos tradicionais de atenção: requer a valorização de estratégias adaptadas à realidade local, o uso intensivo de tecnologias de comunicação e informação, a reorganização dos fluxos de cuidado e, principalmente, a escuta ativa das necessidades da população. Nesse contexto, políticas como a Telessaúde, que ampliam o alcance do cuidado por meio de ferramentas digitais, surgem como instrumentos potentes para diminuir desigualdades e efetivar os princípios do SUS em territórios historicamente negligenciados.

A equidade, nesse contexto, ganha centralidade. Conforme argumenta Cecílio (2009, p. 85), promover equidade não é oferecer o mesmo a todos, mas sim reconhecer as diferenças e distribuir recursos proporcionalmente às necessidades específicas de cada território e população. Isso significa, por exemplo, oferecer soluções diferenciadas para municípios isolados, com baixa densidade populacional e infraestrutura limitada — como ocorre em grande parte do interior amazônico, onde o acesso só é possível por via fluvial.

A regulação do acesso aos serviços de saúde, por sua vez, é uma das estratégias utilizadas pelo SUS para tentar reduzir essas desigualdades. Para

Mendes (2011, p. 17), a regulação deve ser compreendida como uma ação organizativa e distributiva, que articula redes de atenção e promove justiça sanitária. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG), nesse sentido, é uma ferramenta operativa que permite cadastrar, ordenar e acompanhar as solicitações de consultas, exames e procedimentos especializados. No entanto, quando a demanda supera largamente a oferta — como é o caso da neuropediatria em muitos estados —, o sistema se torna ineficiente e reforça as filas de espera.

É nesse cenário que a Telessaúde surge como um importante instrumento de inovação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o potencial da telessaúde para ampliar o acesso, melhorar a qualidade do cuidado e reduzir as desigualdades territoriais em saúde (OMS, 2016). No Brasil, o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, instituído em 2007 e reformulado em 2011 (Brasil, 2012), busca integrar ações de teleconsultoria, telediagnóstico e educação permanente às rotinas da atenção primária, fortalecendo a atuação das equipes locais e promovendo maior resolutividade.

Do ponto de vista das tecnologias do cuidado, Merhy (2004) propõe uma distinção importante entre três dimensões que compõem o processo de trabalho em saúde. As tecnologias duras referem-se aos equipamentos e sistemas informatizados; as tecnologias leve-duras dizem respeito aos protocolos clínicos e saberes estruturados; e as tecnologias leves são aquelas baseadas na relação entre os sujeitos, no acolhimento e na escuta qualificada. O Telessaúde pode ser compreendido como uma tecnologia híbrida, pois articula essas três dimensões: depende da infraestrutura digital, do uso de protocolos clínicos e, principalmente, da capacidade de comunicação e vínculo entre os profissionais envolvidos. Essa característica o torna especialmente relevante para contextos como o da atenção básica, onde o cuidado relacional é central.

Campos (2000, p. 61) aprofunda essa ideia ao defender que inovações tecnológicas só geram impacto real quando estão inseridas em contextos de cogestão e participação. Ou seja, a tecnologia precisa ser apropriada pelos

trabalhadores, integrada ao processo de trabalho e adaptada às realidades locais. Nesse sentido, a efetividade do Telessaúde não depende apenas da conectividade ou dos equipamentos disponíveis, mas do engajamento das equipes da ESF, da gestão municipal e dos próprios usuários do sistema.

Ayres (2004), por sua vez, destaca a integralidade como um processo construído nas relações e no reconhecimento do sujeito em sua totalidade. O uso da telessaúde, se bem integrado às práticas clínicas cotidianas, pode contribuir para essa abordagem mais ampla e centrada na pessoa, especialmente quando permite o acompanhamento longitudinal, mesmo à distância. Por fim, estudos como o de Santos e Cardoso (2022, p. 52) reforçam que, na Amazônia, o uso da telessaúde não é apenas uma inovação tecnológica — é uma resposta estratégica às limitações estruturais de acesso, uma forma de viabilizar o direito à saúde em territórios esquecidos pelas políticas públicas tradicionais.

Com base nesses referenciais, o caso de Boa Vista do Ramos passa a ser analisado não apenas como uma experiência local, mas como uma aposta na potência transformadora das tecnologias do cuidado em contextos de vulnerabilidade. Trata-se de uma experiência que dialoga com os princípios do SUS, com a busca por equidade e com a necessidade de inovar na gestão do acesso em saúde.

Como a Telessaúde chegou a Boa Vista do Ramos: organização e prática no território

Boa Vista do Ramos é um pequeno município do Amazonas, localizado na região do Baixo Rio Amazonas, a cerca de 270 km da capital Manaus. O acesso à cidade é feito exclusivamente por via fluvial, o que impõe desafios significativos à logística da saúde, tanto para os profissionais quanto para os usuários do SUS. Nesse cenário, a atenção primária se constitui como o principal ponto de contato da população com os serviços de saúde, por meio

das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESFR).

O município dispõe atualmente de três UBS localizadas na zona urbana — UBS Hermínia Maria Simões, UBS Maria do Socorro Oliveira de Matos e UBS Raimundo Rolim da Cruz — além de dois postos de saúde na zona rural: o Posto de Saúde Francisca Garcia, na região do rio Massuari, e o Posto de Saúde Coração do Lago Preto, na comunidade do Lago Preto. Esses equipamentos formam a base da organização da atenção básica no território, atuando como porta de entrada preferencial para os serviços do SUS. Complementando essa rede, o município conta ainda com o Hospital Clóvis Negreiros Bastos, unidade de referência para atendimentos de urgência, partos e internações de menor complexidade, que desempenha papel fundamental no apoio à atenção primária e na retaguarda assistencial.

Historicamente, a população local enfrenta importantes dificuldades no acesso a consultas especializadas, especialmente na área de neuropediatria, devido à escassez de profissionais, à alta demanda concentrada na capital e à baixa capacidade de resposta do sistema de regulação. Crianças com quadros neurológicos complexos permanecem meses, às vezes mais de um ano, aguardando uma consulta, enquanto suas famílias enfrentam a angústia da espera sem diagnóstico ou tratamento adequado.

Diante da inexistência de especialistas no município, muitos usuários são obrigados a se deslocar para Manaus em busca de atendimento, permanecendo por semanas ou meses longe de suas casas. Nessa condição, passam a depender de familiares, amigos ou da ajuda de custo fornecida pela prefeitura, que nem sempre é suficiente para cobrir alimentação, transporte e estadia, agravando ainda mais a vulnerabilidade dessas famílias.

Foi nesse contexto que, em 2023, o município aderiu formalmente ao programa de Telessaúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), com o objetivo de implementar uma nova estratégia de cuidado: mais acessível, resolutiva e adaptada à realidade amazônica. O processo de implantação

ocorreu de forma articulada entre a Secretaria Municipal de Saúde, as equipes da ESF e a coordenação do Telessaúde-HUGV.

O Telessaúde em Boa Vista do Ramos é composto por uma equipe multiprofissional vinculada ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), incluindo médicos especialistas, técnicos de apoio, profissionais da regulação e coordenadores locais. As teleconsultorias são realizadas de forma assíncrona, por meio de uma plataforma digital segura, onde os profissionais da atenção básica do município — médicos e enfermeiros, principalmente — inserem os dados clínicos do paciente, imagens e exames, e recebem a devolutiva com orientações diagnósticas e terapêuticas.

O atendimento pelo Telessaúde não é direto com o paciente, mas intermediado por um profissional de saúde da UBS, que solicita a consulta. Qualquer equipe da ESF ou ESFR pode fazer a solicitação, desde que o caso atenda aos critérios clínicos definidos previamente. Em média, são realizados entre 06 e 12 atendimentos mensais na área de neuropediatria, priorizando crianças em situação de maior vulnerabilidade e com longa espera no SISREG. O processo de entrada se inicia na UBS, quando um caso é identificado e registrado em prontuário eletrônico; a equipe então formaliza a solicitação via plataforma, e, após análise e resposta do especialista, o retorno é feito diretamente ao profissional solicitante, que repassa a conduta e o acompanhamento à família.

O primeiro passo foi o investimento em infraestrutura tecnológica. Todas as UBS foram equipadas com computadores, webcams e acesso à internet com capacidade mínima para transmissão de dados clínicos e realização de teleconsultas. Embora modesta, essa estrutura foi suficiente para dar início às atividades de teleconsultoria com neuropediatras vinculados ao HUGV.

Em seguida, foi realizada uma capacitação com os profissionais das equipes locais — médicos, enfermeiros e técnicos — voltada ao uso da plataforma digital, aos critérios de encaminhamento e às boas práticas da telemedicina. As oficinas abordaram não apenas aspectos técnicos, mas

também éticos e relacionais, reforçando a importância do acolhimento e da escuta qualificada mesmo em atendimentos mediados por tecnologia.

Com o início das teleconsultorias, foram definidos fluxos assistenciais em conjunto com o HUGV. As equipes locais passaram a priorizar o encaminhamento de crianças que já estavam na fila do SISREG, com quadros clínicos sugestivos de epilepsia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, autismo ou outras condições neurológicas complexas. A proposta era simples e potente: evitar que essas crianças precisassem se deslocar até Manaus, enfrentando longas viagens de barco, e garantir atendimento especializado sem sair de sua comunidade.

As reuniões de equipe passaram a incluir a discussão de casos acompanhados via Telessaúde, promovendo um ambiente de educação permanente, troca de saberes e fortalecimento do trabalho interdisciplinar — como já apontava Ceccim e Feuerwerker (2004) ao defender que a educação na saúde deve ser incorporada ao cotidiano das práticas, e não isolada em momentos pontuais.

O público envolvido nessa experiência inclui profissionais da saúde das UBSs (médicos, enfermeiros, agentes comunitários), gestores locais responsáveis pela regulação, a equipe multiprofissional do Telessaúde-HUGV (composta por especialistas, técnicos de apoio e reguladores), além, é claro, das crianças atendidas e seus familiares. Embora não tenha se tratado de uma pesquisa formal, com protocolo acadêmico, todas as informações foram tratadas com anonimato e responsabilidade ética, em conformidade com os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Entre 2023 e abril de 2025, os registros do SISREG e da plataforma Telessaúde-HUGV permitiram a coleta de dados que sustentam a análise apresentada nos próximos tópicos. Os indicadores considerados incluíram o número de solicitações realizadas, o tempo médio de espera, a proporção de casos atendidos e resolvidos, a redução de deslocamentos e as percepções qualitativas das equipes envolvidas.

Mais do que números, porém, o que se observou foi o fortalecimento de uma prática inovadora de cuidado, construída no cotidiano das UBSs e impulsionada por uma tecnologia que, como afirma Merhy (2004), só tem potência quando integrada à dimensão relacional do trabalho em saúde.

Quando a tecnologia encontra o cuidado: impactos da Telessaúde em Boa Vista do Ramos

A implantação da Telessaúde em Boa Vista do Ramos transformou significativamente o modo como o município lida com a regulação de consultas especializadas, especialmente na área de neuropediatria. Antes dessa iniciativa, a realidade das crianças com demandas neurológicas era marcada por longas filas no SISREG, poucos encaminhamentos efetivados e um tempo médio de espera que ultrapassava 12 meses. As famílias, muitas delas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, enfrentavam angústia constante, deslocamentos cansativos até Manaus e, muitas vezes, descontinuidade no cuidado.

A experiência contempla o período de 2023 a abril de 2025, tendo como base os registros do SISREG e da plataforma Telessaúde-HUGV, que permitiram o acompanhamento e a análise dos atendimentos realizados. Os indicadores considerados incluíram o número de solicitações registradas, o tempo médio de espera, a proporção de casos atendidos e resolvidos, a redução dos deslocamentos e as percepções qualitativas das equipes envolvidas.

Observamos o fortalecimento de uma prática inovadora de cuidado, construída no cotidiano das UBSs e impulsionada por uma tecnologia que, como afirma Merhy (2004), só tem potência quando integrada à dimensão relacional do trabalho em saúde. Enquanto o SISREG acumulava 82 solicitações de neuropediatria, com apenas 8,5% convertidas em atendimentos concluídos, o Telessaúde-HUGV, em um universo menor de 35 crianças cadastradas,

alcançou 48,6% de atendimentos efetivos. Outros 8,6% dos casos foram concluídos com alta ou com condutas resolutivas definidas diretamente na atenção básica, sem necessidade de deslocamento à capital. O tempo médio de espera caiu para aproximadamente 90 dias, demonstrando que, mesmo em um curto período de funcionamento, a estratégia já apresentava resultados mais efetivos do que o modelo convencional.

Um dos impactos mais significativos apontados pelas equipes foi a redução da necessidade de deslocamento até Manaus — uma mudança que alterou profundamente a rotina das famílias. Deixar de viajar dias em embarcações, com crianças pequenas e muitas vezes em estado clínico delicado, significou não apenas economia financeira, mas também mais segurança, conforto e permanência no território. O tempo que antes era gasto em viagens passou a ser investido no cuidado local e no acompanhamento mais próximo pelas equipes da ESF.

Além disso, os profissionais relataram ganhos substanciais na resolutividade e segurança clínica. Muitos enfermeiros e médicos da ESF afirmaram que a teleconsultoria fortaleceu sua capacidade de manejar casos complexos no território, com apoio direto de especialistas. Essa interação, promovida por meio da plataforma digital do HUGV, também se tornou espaço de aprendizado contínuo, onde dúvidas clínicas eram discutidas coletivamente, gerando não apenas respostas pontuais, mas qualificação permanente da prática.

Esse tipo de aprendizagem no trabalho, como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), reforça a concepção da educação em saúde como processo vivo, vinculado à experiência cotidiana, e não restrito a formações formais ou externas ao serviço. A prática de reuniões para discussão de casos clínicos passou a ser um espaço de troca horizontal entre os saberes locais e o conhecimento técnico especializado, rompendo com a lógica hierárquica e verticalizada muitas vezes presente na relação entre atenção primária e serviços especializados.

Outro ponto importante foi o fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. O atendimento remoto, ao contrário do que se poderia imaginar, não enfraqueceu a relação profissional-paciente. Pelo contrário, permitiu que o cuidado fosse mais contínuo, atento e articulado com o cotidiano das famílias. Os usuários passaram a perceber que suas demandas estavam sendo vistas com prioridade, mesmo em um modelo alternativo, o que gerou confiança no serviço público e maior adesão às orientações clínicas.

Do ponto de vista teórico, essa experiência reforça a importância da articulação entre tecnologias duras, leves-duras e leves, conforme definido por Merhy (2004). A estrutura tecnológica (computadores, internet, plataforma digital) representa a dimensão dura; os protocolos de encaminhamento e as orientações clínicas compõem a tecnologia leve-dura; e o cuidado acolhedor, baseado na escuta e na construção conjunta do plano terapêutico, manifesta a dimensão leve do trabalho em saúde. O sucesso da telessaúde reside justamente nessa integração equilibrada.

Os efeitos também são coerentes com o princípio da equidade, fundamental no SUS, sobretudo em regiões como a Amazônia. Cecílio (2009) argumenta que oferecer o mesmo serviço para todos não é suficiente: é preciso adequar a resposta às necessidades específicas dos territórios. No caso de Boa Vista do Ramos, isso significa reconhecer que a ausência de especialistas e as barreiras geográficas exigem alternativas que façam sentido localmente. A telessaúde, nesse sentido, não é um atalho, mas uma resposta concreta e estratégica à desigualdade estrutural.

Ainda assim, os desafios não devem ser ignorados. Um dos principais obstáculos relatados foi a instabilidade da conexão à internet, que dificultou algumas teleconsultas síncronas, exigindo adaptação para formatos assíncronos (envio de relatórios clínicos para posterior resposta do especialista). Além disso, a rotatividade de profissionais e a ausência de uma política institucionalizada de capacitação contínua impuseram limitações à consolidação do projeto.

Outro ponto crítico identificado durante a implantação do Telessaúde foi a ausência de integração entre a plataforma digital do programa e o SISREG. Essa falta de comunicação automática entre os dois sistemas gerou uma duplicidade de registros e um descompasso significativo nas informações clínicas e administrativas, complicando o fluxo de trabalho das equipes responsáveis pela regulação. Como consequência, os profissionais precisaram realizar lançamentos manuais em ambos os sistemas, o que aumentou a carga operacional e o risco de erros, além de dificultar o acompanhamento sistêmico dos casos.

A fragmentação das informações não apenas comprometeu a eficiência da regulação, mas também impactou negativamente a qualidade do atendimento ao usuário, que ficou sujeito a atrasos e confusões no agendamento e encaminhamento dos serviços. A necessidade de conciliar dados dispersos em plataformas distintas exigiu esforço adicional das equipes, que já lidam com limitações estruturais e alta demanda, evidenciando a urgência de desenvolver soluções integradas e interoperáveis. A falta de integração reforça um desafio comum em processos de digitalização na saúde pública, onde a tecnologia, por si só, não resolve os problemas se não estiver alinhada a uma infraestrutura administrativa e operacional robusta.

Apesar das limitações e desafios enfrentados, a experiência vivenciada em Boa Vista do Ramos reforça o potencial transformador do uso estratégico das tecnologias da informação e comunicação no campo da saúde pública. A aplicação da Telessaúde se revela como uma ferramenta poderosa para avançar na busca por justiça sanitária, ao contribuir para a redução das desigualdades de acesso e fortalecer a integralidade do cuidado, conforme discutido por Ayres (2004, p. 57). Nesse sentido, a Telessaúde não deve ser compreendida como um substituto do atendimento presencial tradicional, mas sim como um complemento essencial que amplia as possibilidades de cuidado.

Ao integrar recursos tecnológicos ao cotidiano das UBSs, a Telessaúde possibilitou a aproximação entre especialistas e comunidades remotas, superando barreiras geográficas e logísticas que historicamente limitaram


o acesso à atenção especializada. Esse modelo ampliou a resolutividade das equipes locais, tornando o atendimento mais célere e efetivo, sem abrir mão da qualidade e do vínculo entre profissionais e usuários. Além disso, a mediação tecnológica contribuiu para humanizar o processo de cuidado, ao possibilitar uma escuta mais qualificada, troca de saberes e suporte interdisciplinar, promovendo um cuidado integral e centrado nas necessidades reais da população.

Por fim, a experiência de Boa Vista do Ramos evidencia que a incorporação de tecnologias digitais, quando articulada a processos participativos e contextuais, pode ser um catalisador para a transformação do sistema de saúde, tornando-o mais justo, acessível e alinhado aos princípios constitucionais do SUS.

Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In C. P. Campos, R. M. A. MinayoGomez, & P. E. R. Pereira (Orgs.), *Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das equipes de saúde* (pp. 117-137). Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Diretrizes da Política Nacional de Regulação do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_regulacao_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Telessaúde: Telessaúde Brasil Redes*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_telessaude.pdf
- Brasil. Presidência da República. (2020). Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (COVID19). *Diário Oficial da União*. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20192022/2020/Lei/L13989.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Institui a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. *Diário Oficial da União*. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.348-de-2-de-junho-de-2022-406073293>
- Campos, G. W. S. (2000). *Saúde Paixão do Povo: Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 4165. <https://doi.org/10.1590/S010373312004000100004>
- Cecílio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In L. C. O. Cecílio (Org.), *Gestão em saúde: olhares e experiências* (pp. 83110). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Giovanella, L., & Almeida, P. F. (2020). Organização e regulação das redes de atenção à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00181218. <https://doi.org/10.1590/0102311X00181218>
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). Estimativas populacionais dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2024. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde (OPAS).
- Merhy, E. E. (2004). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2016). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable*. Genebra: World Health Organization. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252529>
- Paim, J. S. (2018). *O que é o SUS* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416744>
- Santos, M. R., & Cardoso, D. B. (2022). Telessaúde na Amazônia: experiências e desafios em municípios remotos. *Revista Brasileira de Telemedicina e Telessaúde*, 10(3), 4557. <https://doi.org/10.29397/16779899.2022v10n3p4557>



Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde para o atendimento às vítimas de violência sexual: uma experiência participativa no município de Borba

Tuany Lima de Souza
Lígia Menezes da Mata
Artur Nascimento Barbedo Couto

Apresentação

A violência sexual é um fenômeno multicausal, complexo e que promove consequências físicas, psicológicas, familiares, jurídicas e sociais intensas. Faleiros (2000) analisa a violência como relações de poder não horizontais, quando uma pessoa se sobrepõe a outra de modo autoritário, violando o desejo, o limite e o corpo da vítima. Tais violências estão relacionadas ao contexto histórico, cultural e político da sociedade em geral. Questões como gênero, raça/etnia e renda também precisam ser consideradas para o enfrentamento devido da violência sexual.

No Brasil, o Código Penal reservou o Título VI para tratar dos crimes contra a liberdade e a dignidade sexual. Dentre as tipificações mais comuns, encontram-se os crimes de Estupro (Art. 213), Violência sexual mediante fraude (Art. 215), Importunação sexual (art. 215-A), Assédio sexual (Art. 216-A) e Estupro de vulnerável (Art. 217-A). Em 2018, este importante referencial

jurídico fora alterado para incluir outra forma de violência: o registro não autorizado da intimidade sexual (Art. 216-B). As mesmas penas também implicam aqueles que compartilharem tais registros (Brasil, 2023).

No Brasil, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025, foram registradas 87.545 vítimas de crimes sexuais – o maior número desde o início do Fórum de Segurança Pública. Tais dados representam uma taxa de 41,2 casos a cada 100 mil habitantes (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025).

A publicação também aponta para a continuidade de outras questões referentes a violência sexual, tais como a prevalência do gênero feminino enquanto vítimas (92,5% em casos de estupros e 86,2% para estupros de vulnerável), o abusador fazer parte do convívio familiar e a subnotificação destas ocorrências:

Nesse contexto, um fator que não pode ficar de fora da discussão é a subnotificação, dado que estudos têm indicado que no Brasil o número real de casos de estupro supera os registrados pelas polícias. E isso porque muitos casos de violência sexual - especialmente os que envolvem crianças, adolescentes e pessoas em situação de vulnerabilidade - não chegam ao conhecimento das autoridades. Assim, o aumento na quantidade de estupros registrados anualmente pode, em parte, ser interpretado como um aumento na disposição das vítimas (ou de seus responsáveis) em denunciar (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025, p. 180).

Importante destacar que a Região Norte apresenta os maiores índices em relação à violência sexual para crianças e adolescentes: cerca de 86,9% dos casos registrados ocorrem com pessoas até 19 anos de idade (Fundação ABRINQ, 2025). Este dado evidencia a necessidade de ampliar ações preventivas para com este público, notificar intensamente tais situações e responsabilizar os atores devidamente.

O Estado do Amazonas apresentou um aumento de 41,5% na taxa de notificações dos casos de Estupro e Estupro de vulnerável entre 2023 e 2024, evidenciando a relevância desta pesquisa e de outras sobre o tema (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025).

Diante desse contexto, este trabalho apresenta um relato de experiência sobre o desenvolvimento e execução de oficinas de capacitação para os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Borba (AM), descrevendo o processo formativo, as estratégias metodológicas e os efeitos observados na rede de atendimento e nos registros de violência sexual no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O presente trabalho teve como objetivo qualificar os profissionais de saúde para um atendimento humanizado, integral e oportuno às pessoas em situação de violência sexual. Buscamos sensibilizar e qualificar as equipes da APS quanto aos procedimentos adequados, construir coletivamente um fluxograma municipal de atendimento e orientar o correto preenchimento da ficha de notificação do SINAN, conforme a Portaria nº 5.201/2024, fortalecendo a rede de cuidado e o enfrentamento à violência sexual.

Cenário da experiência

A experiência tem um caráter descritivo e analítico, fundamentado na vivência profissional e institucional dos autores na organização e execução de oficinas de qualificação voltadas aos profissionais da APS do município de Borba, estado do Amazonas, para o aprimoramento do atendimento às pessoas em situação de violência sexual.

O município de Borba está localizado na região do Rio Madeira, com área territorial de 44.236,184 km² e população estimada em 33.080 habitantes (IBGE, 2022). A rede municipal de saúde é composta por dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas entre a área urbana, ribeirinha e uma unidade fluvial, denominada UBS Fluvial Igarapu, responsável pelo atendimento de 42 comunidades ribeirinhas. Além da APS, o município conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e com a Unidade Hospitalar Mista Vó Mundoca,

referência em urgência, emergência e maternidade, detentora do Selo Hospital Amigo da Criança.

Figura 1. Mapa de localização do município de Borba (AM).



Fonte: SEMSA Borba, 2025.

O impulso inicial para a realização das qualificações ocorreu após a participação, em 21 de junho de 2021, no curso “Boas práticas – atuação e inovação interdisciplinar na qualidade da assistência materno-infantil”, realizado em Manaus (AM), no Instituto Dona Lindu. Na ocasião, foi apresentado o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), cuja metodologia e estrutura inspiraram a replicação e o fortalecimento da rede de atendimento local. A partir dessa experiência, a coordenação municipal da Vigilância Epidemiológica e da Saúde da Mulher identificou a necessidade de ampliar a qualificação dos profissionais da APS.

Para subsidiar a elaboração das oficinas, realizou-se uma análise exploratória das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (CID Y09) registradas no SINAN no ano de 2021. As notificações foram disponibilizadas pela Vigilância Epidemiológica de Borba por meio do Memorando nº 19/2025. Foram incluídas as notificações provenientes de unidades que compõem a porta de entrada do SUS no município (UBSs, CAPS e hospital), cujo campo 56 da ficha apresentava o tipo de violência sexual assinalado. Foram excluídas notificações oriundas de outras instituições (CREAS, CRAS, escolas, igrejas) ou que não indicavam violência sexual como tipo de agravo.

O processo de qualificação foi planejado pela coordenação da Atenção Básica, em parceria com o coordenador do CAPS, profissional com formação em Psicologia. Foram realizadas duas reuniões preparatórias para definição de conteúdo, metodologias participativas, técnicas e materiais didáticos. As oficinas, com duração média de 3h30 cada, foram realizadas individualmente em cada UBS entre julho e dezembro de 2021.

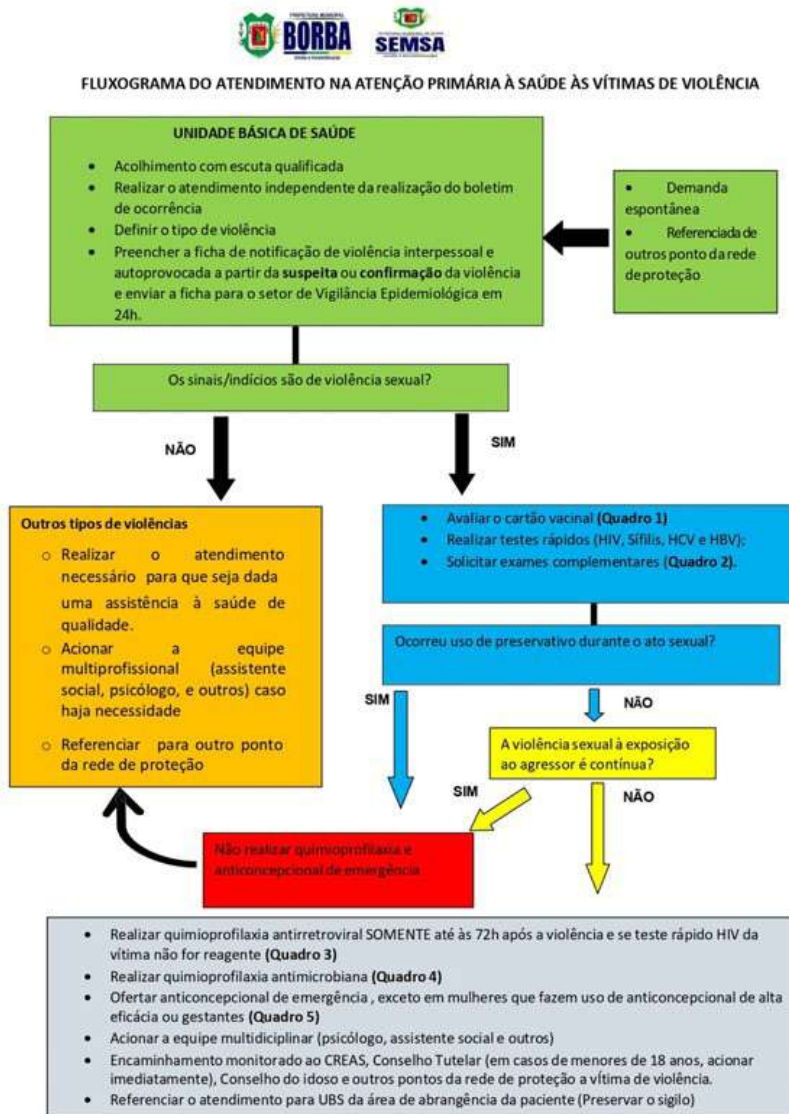
O público abrangeu todos os membros das equipes de ESF, incluindo profissionais administrativos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais da Equipe Multiprofissional (e-Multi) e pessoal de apoio — partindo da premissa de que o acolhimento e a escuta inicial às vítimas podem ocorrer em qualquer ponto de contato dentro da unidade.

As oficinas foram estruturadas em três etapas complementares:

1. Expositiva-dialogada: apresentação sobre a importância do atendimento integral e humanizado às vítimas, protocolos clínicos, legislação vigente, profilaxias e obrigatoriedade de notificação;
2. Dinâmica em grupo: análise de casos fictícios projetados em datashow, representando diferentes tipos de violência. Os grupos identificavam e discutiam o tipo de violência envolvida, promovendo reflexão coletiva e sensibilização;
3. Construção coletiva do fluxograma municipal de atendimento: apresentação e discussão de um protótipo de fluxo assistencial,

adaptado à realidade local, com possibilidade de ajustes conforme as contribuições dos profissionais. O fluxograma foi validado apenas após a finalização das oficinas em todas as unidades.

Figura 2. Fluxograma de atendimento às vítimas de violência sexual na APS de Borba (AM).



Fonte: SEMSA Borba, 2025.

Durante o processo, foram realizados registros fotográficos, listas de presença e observações de campo. No total, 180 profissionais foram qualificados. O acompanhamento e monitoramento dos efeitos da intervenção ocorreram entre 2021 e 2023, com base nas notificações de violência sexual registradas no SINAN, de forma agregada e sem identificação individual, preservando o sigilo e a ética profissional.

Os efeitos da formação e o desenvolvimento da prática

Entre 2021 e 2023, foi realizado o monitoramento do número de notificações de violência sexual registradas no SINAN nos três principais pontos de atenção: UBSs, CAPS e hospital municipal. Observamos um aumento expressivo nas notificações após as qualificações, seguido de redução no ano subsequente, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Número de notificações de violência sexual em Borba (AM), 2021–2023.

Ano	Serviço	Nº de notificações	Varição em relação ao ano anterior (%)
2021 (antes das qualificações)	UBS	6	—
	CAPS	0	—
	Hospital	8	—
2022 (após as qualificações)	UBS	22	+266%
	CAPS	2	+200%
	Hospital	19	+137%
2023 (ano de relaxamento gerencial)	UBS	5	-77%
	CAPS	2	0%
	Hospital	3	-84%

Fonte: SEMSA Borba, 2025.

Além do aumento inicial das notificações, foi implantado um fluxograma municipal de atendimento às vítimas de violência sexual, padronizando o acolhimento, notificação e referenciamento. O fluxograma institucional orienta os seguintes procedimentos:

- acolhimento inicial e escuta qualificada;
- notificação compulsória no SINAN;
- administração de profilaxias antirretroviral, antibiótica e contracepção de emergência;
- coleta e preservação de vestígios;
- encaminhamento para unidades especializadas em Manaus, nos casos de abortamento legal decorrente de estupro.

O município passou a disponibilizar insumos de baixa complexidade nas UBS rurais e fluvial, garantindo acesso oportuno à profilaxia e reduzindo o tempo entre o evento e o atendimento. Os resultados evidenciam que as qualificações, realizadas em 2021, impactaram positivamente a detecção e o registro de casos de violência sexual no município de Borba. O aumento expressivo nas notificações, em 2022, sugere que a intervenção contribuiu para maior sensibilização dos profissionais, fortalecimento do acolhimento e aperfeiçoamento do processo de trabalho na APS. A experiência reflete o resultado de estudos nacionais que apontam que ações educativas e de formação continuada tendem a aumentar a identificação e a notificação de casos antes invisibilizados (Brasil, 2021; Souza, Lima & Moura, 2020).

A literatura reforça que a subnotificação é um dos principais desafios da vigilância de violências e que mobilizações locais e treinamentos periódicos promovem mudanças significativas na prática assistencial (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025; OMS, 2022). O fluxograma municipal de atendimento consolidou-se como instrumento estratégico de padronização e integração entre os níveis de atenção, promovendo a redução da revitimização e a ampliação da integralidade do cuidado. Conforme diretrizes do Ministério

da Saúde (Brasil, 2016; Brasil, 2022), fluxos bem definidos e intersetoriais favorecem a resposta oportuna e humanizada às vítimas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e geográfica.

Entretanto, a queda observada em 2023, houve um relaxamento gerencial e descontinuidade das ações formativas, revelando a fragilidade da sustentabilidade institucional dessas práticas. O efeito demonstra que processos educativos isolados, sem acompanhamento sistemático, tendem a perder força ao longo do tempo (Campos, Cunha & Ferreira, 2019). Estudos indicam que o monitoramento permanente, o apoio da gestão e a institucionalização de protocolos são fatores decisivos para a manutenção dos avanços obtidos (Brasil, 2021; Silva & Andrade, 2020).

Destacamos, ainda, que o maior impacto percentual ocorreu nas UBS, demonstrando que a qualificação da APS é essencial para o enfrentamento da violência sexual, pois constitui a porta de entrada prioritária do SUS (Starfield, 2002; Mendes, 2011). Hospitais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), embora importantes na rede de atenção, tendem a atuar em estágios mais avançados do cuidado, o que explica a menor variação relativa em seus registros.

Os principais desafios identificados incluem a persistência da subnotificação, a ausência de informações detalhadas sobre o perfil das vítimas e dos agressores, e a dificuldade de acompanhamento longitudinal dos casos (Brasil, 2023; OMS, 2022). Além disso, fatores externos, como mudanças políticas e sanitárias, podem interferir nos indicadores e na continuidade das ações (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025).

Considerações finais

O relato confirma que ações simples, baseadas em metodologias participativas e articulação intersetorial, podem gerar mudanças significativas

na visibilidade e resposta institucional à violência sexual. A experiência reforça a importância de incluir permanentemente a temática nas agendas de educação permanente em saúde, garantir a disponibilização de insumos e fluxos atualizados e fortalecer o trabalho em rede entre saúde, assistência social, justiça e segurança pública (Brasil, 2018; Minayo, Assis & Nunes, 2019).

Por fim, o trabalho evidencia que intervenções de qualificação profissional aliadas a ferramentas organizacionais (fluxograma) e garantia de insumos básicos resultam em aumentos significativos no reconhecimento e notificação de violência sexual. Contudo, tais ganhos dependem fortemente da manutenção institucional, do investimento contínuo em trabalhadores e trabalhadoras da saúde e insumos, e do fortalecimento da rede intersetorial, para que se transforme em atendimento resolutivo e de qualidade para todas as vítimas, especialmente nas áreas de difícil acesso como na Amazônia.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). *Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2021*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Protocolo de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Senado Federal. (2023). *Código Penal* (6a ed.). Brasília, DF: Coordenação de Edições Técnicas.
- Campos, G. W. S., Cunha, G. T., & Ferreira, J. R. (2019). *Educação permanente, gestão e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Faleiros, E. T. S., & Campos, J. O. (2000). *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: Unicef/Cecria.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2025). *19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/>

handle/123456789/279.

Fundação ABRINQ. (2025). *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*. São Paulo, SP: Fundação Abrinq. https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2025-03/FUNDACAO_ABRINQ_2025.pdf.

Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS.

Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Nunes, M. C. (2019). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Organização Mundial de Saúde (2022). *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Geneva: WHO.

Silva, R. A., Andrade, F. A. (2020). Capacitação de profissionais de saúde no enfrentamento da violência sexual: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4.

Souza, L. P., Lima, R. C., & Moura, J. C. (2020). Educação permanente e notificação de violências: desafios na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 987–1000.

Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.



Puxirum: humanizando o atendimento à população ribeirinha na Casa de Apoio no município de Carauari

Keila Maria da Silva e Silva
Mayara dos Santos Ferreira
Liliam Rafaelle Souza da Silva

Introdução

As condições de acesso à saúde da população ribeirinha têm sido constantemente tensionadas em produções da saúde coletiva e áreas correlatas, com foco principalmente nas problematizações sobre o deslocamento e dificuldades na oferta de serviços adequados à realidade dessas comunidades (Figueiredo Júnior et al., 2020).

A Amazônia, região com uma grande extensão territorial, abriga as margens de seus rios diversas comunidades “ribeirinhas”, termo que caracteriza quaisquer populações que vivem à margem das águas dos rios, podendo se referir a pessoas e populações ou circunstâncias de moradia (Franco et al., 2015). No entanto, devemos considerar que ribeirinho não é somente aquele que vive nas margens dos rios, mas uma categoria social que tem forte relação com as águas e tem uma concepção de mundo moldado por este contexto (Schweickardt & Moreira, 2024).

Assim, a discussão do termo vai muito além da questão geográfica, e conforme apontam Almeida et al. (2022) e Schweickardt et al. (2022), a população ribeirinha é entendida também como uma categoria social e

política, que é definida pela lógica de uma vida organizada por este território, considerado líquido, caracterizado não somente pela geografia local, mas também pelas vivências e conexões subjetivas com o ambiente, que direcionam a formulação de outras formas de experiências e cuidados em saúde.

Neste sentido, é importante ressaltar que considerando dinâmicas de interação, o rio é traduzido como principal via de contato, e é a ponte entre moradores e a rede de serviços, incluindo os de saúde, e outras necessidades. Geralmente, essas áreas são condicionadas também às características das águas, levando em conta as cheias e as vazantes, que também modificam o modo de lidar com o território, e por vezes, representam certa dificuldade na manutenção dos acompanhamentos em saúde e outras demandas individuais e coletivas, que são provocadas pelo isolamento proporcionado principalmente pelas peculiaridades na mobilidade (Silva et al., 2020).

Gonçalves e Domingos (2019), fazendo um recorte específico dessa discussão para o estado do Amazonas, demonstram que esta região é facilmente caracterizada e reconhecida pela sua diversidade, inclusive em níveis geográficos e socioculturais, com a presença de muitos povos tradicionais. Assim, tensionamos a necessidade de compreender os direitos das populações ribeirinhas, sobretudo em saúde, tendo em vista as particularidades de suas condições de acesso, considerando principalmente a relação com o cenário ambiental local, sua subsistência, e itinerários de cuidado.

Essa teia de atravessamentos narrada até então, evidencia e reforça que frequentemente as populações ribeirinhas enfrentam obstáculos relacionados principalmente com questões logísticas, que incluem: 1) circunstâncias de organização financeira para provimento de longas viagens que podem levar dias até a sede dos municípios; 2) disponibilidade de meios de transporte (canoas, barcos, chalanas, etc.), e 3) condições de permanência que incluem moradia e alimentação durante a estadia nos municípios sedes.

Essas problematizações foram alvo de uma reflexão crítica da equipe de saúde do município de Carauari, Amazonas, que dão forma às

discussões apresentadas neste relato de experiência. O interesse surge mais especificamente a partir da identificação de lacunas críticas na atenção à saúde ofertada à população ribeirinha desta região, grupo historicamente marcado por vulnerabilidades territoriais, econômicas e sociais.

A experiência está alinhada à noção de “humanização” do serviço, levando em conta seus princípios, que tem foco na mudança de modelos de atenção e gestão – tendo em vista as necessidades dos cidadãos locais –, e na qualificação do ambiente – pensando em melhorias nas condições de trabalho e atendimento (Brasil, 2021). A Política Nacional de Humanização (PNH) está estabelecida desde 2003 e tem como objetivos: reduzir filas e tempo de espera através da ampliação do acesso; promover atendimento acolhedor e resolutivo; implementar um modelo de atenção que considere a corresponsabilização e o vínculo com o usuário; garantir direitos do usuário; valorizar o trabalho em saúde; e a gestão participativa dos serviços com o alinhamento das demandas locais (Brasil, 2021).

O município de Carauari, assim como muitas outras cidades da região do estado do Amazonas, experimenta múltiplas dificuldades no acesso à saúde, em razão das condições de locomoção. Está localizado a 1540 km de distância fluvial, que em linha reta representa 782 Km da capital do estado, sendo composta por 28.742 habitantes, segundo o último censo (IBGE, 2022). Este levantamento mais recente não sinaliza a quantidade de pessoas em áreas rurais, mas segundo dados do censo anterior, no ano de 2010, a população rural/ribeirinha totalizava 6.030 mil pessoas, presentes em 51 comunidades.

Carauari faz parte da região de saúde do Rio Juruá, junto a outros 5 municípios e compreende uma extensão territorial de 25.778,658km² (Freitas et al., 2022). Segundo dados da Prefeitura do município, a oferta atual de serviços de saúde teve uma melhora significativa a partir de 2017, por meio da ampliação na oferta de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada, passando a contar com um quantitativo maior de profissionais nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Do mesmo modo houve a aquisição de 1 Unidade Básica de Saúde

Fluvial (UBSF) e reformas das antigas unidades, postos de saúde e hospital. Atualmente, a saúde do município é composta por 4 Unidades Básicas de Saúde na Sede do município, 1 unidade hospitalar 24h e 2 postos de saúde localizados em áreas periurbanas, que podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das Unidades de Saúde em funcionamento e composição de equipes.

UNIDADES	PROFISSIONAIS/EQUIPES
UBS Pedro Galdino	<p>ESF 1: 1 clínico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 8 agentes de saúde, 3 agentes de endemias. ESF 2: 1 clínico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 7 agentes de saúde, 3 agentes de endemias. ESB: 1 cirurgião dentista, 2 técnicos em saúde bucal. Equipe Multiprofissional na Atenção Primária a Saúde (EMulti): 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 profissional de educação física, 1 psicólogo clínico.</p>
UBS Antônio Pedro Desidério	<p>ESF: 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 12 agentes de saúde, 2 agentes de endemias. ESB: 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal.</p>
UBS Adélia Costa dos Santos	<p>ESF 1: 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 11 agentes de saúde, 2 agentes de endemias. ESF 2: 1 clínico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 12 agentes de saúde, 2 agentes de endemias. ESB: 1 cirurgião dentista, 2 técnicos em saúde bucal.</p>
UBS Michie Takeda	<p>ESF: 1 clínico geral, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 10 agentes de saúde, 2 agentes de endemias. ESB: 1 cirurgião dentista, 1 técnico em saúde bucal.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado das Informações de Serviços de Saúde (2025) da Prefeitura de Carauari. Disponível em: <https://www.carauari.am.gov.br/saude-servicos/>

A UBSF não é descrita no site da prefeitura do município,

mas a resolução que dispõe sobre o projeto de credenciamento desta unidade, emitida pelo Governo do Estado do Amazonas em 10 de julho de 2019, considerando as prerrogativas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), das Equipes de Saúde da Família Fluvial, e das Unidades Básicas Fluviais, está disponível no site da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e faz a descrição da equipe. O A UBSF de Carauari José Rodrigues Amorim atua em um território que abrange 46 comunidades atendidas, com 4.040 pessoas e famílias (960), considerando como referência residências localizadas às margens do rio Juruá.

Em Carauari a maior parte da população se concentra na sede do município, entretanto, atualmente 4.656 pessoas são residentes de comunidades ribeirinhas (SISAB, 2025), que por sua vez enfrentam desafios no acesso aos serviços de saúde, como distância e o tempo de deslocamento, que pode chegar em até 72 horas de viagem, nos trajetos comunidade-sede.

Considerando esta realidade, surge então a Casa de Apoio aos Ribeirinhos, uma iniciativa pensada para promover equidade no acesso à saúde. O espaço se estabeleceu como um ponto de referência exclusivo para os comunitários, evitando a peregrinação entre diferentes setores de saúde em busca de atendimento, além de acolher e permitir estadia durante o tempo necessário para o acompanhamento.

Casa de Apoio aos Ribeirinhos no município de Carauari

A Casa de Apoio funciona como um espaço de acolhimento, estadia e cuidados em saúde para usuários residentes em áreas ribeirinhas, que precisam fazer longos deslocamentos de suas comunidades até as sedes para acessarem os dispositivos de saúde. Na Casa de Apoio os usuários ribeirinhos têm prioridade nos atendimentos e são assistidos de forma imediata, garantindo mais agilidade e humanização no cuidado. Além disso, aqueles que necessitam de procedimentos cirúrgicos contam com um local seguro e adequado para

permanecer durante o pós-operatório, recebendo os cuidados necessários com dignidade e conforto.

Os objetivos da implantação da Casa de Apoio aos Ribeirinhos foram elaborados pela equipe de saúde, e envolveu a colaboração da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, e da equipe técnica de coordenadores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), visando melhorias para otimizar o atendimento, ampliando a cobertura e a resolutividade das demandas existentes.

Durante o planejamento e implementação do projeto da Casa de Apoio, se considerou como objetivo geral: assegurar que a população ribeirinha tenha acesso exclusivo e prioritário aos serviços básicos de saúde no município, garantindo acolhimento e atendimento aos princípios da equidade. E como objetivos específicos: 1) facilitar o acesso aos serviços de saúde para a população ribeirinha e indígena com atendimento prioritário considerando seus costumes e hábitos regionais; 2) oferecer um ambiente de acolhimento e acompanhamento humanizado, atendendo aos princípios de ambiência; 3) promover a organização e eficiência do atendimento à população; 4) facilitar o agendamento e realização de exames na rede municipal de serviço; 5) dispor de atendimento especializado em telessaúde para reduzir o tempo de espera na fila de regulação para atendimento presencial na capital; e 6) garantir os cuidados e suporte adequado nos casos de pré e pós operatório de cirurgias eletivas.

Tratando-se de um relato de experiência, as reflexões aqui apresentadas estão circunstanciadas pela implantação da Casa de Apoio ao Ribeirinho de Carauari (Figura 1), e tem como objetivo narrar os resultados decorrentes de sua execução. A primeira ideia do projeto surge a partir da identificação de lacunas críticas na atenção à saúde ofertada à população ribeirinha desta região, grupo marcado por vulnerabilidades territoriais, econômicas e sociais.

A proposta teve início com um levantamento realizado a partir da escuta de usuários, lideranças comunitárias e profissionais da APS atuantes nas áreas ribeirinhas do município. Esse levantamento inicial evidenciou uma

série de desafios na organização da oferta de serviços de saúde a esse segmento populacional, que em meio a outras problemáticas, destacaram-se: baixo acompanhamento e adesão aos tratamentos e dificuldades financeiras dos usuários referentes ao deslocamento e tempo de permanência no município para os atendimentos.

Diante desse cenário, a gestão municipal estruturou e implementou a Casa de Apoio ao Ribeirinho, um equipamento público de caráter intersetorial, concebido com base nos princípios da equidade, da integralidade e da humanização do cuidado. A Casa foi planejada para funcionar como um ponto de apoio logístico, clínico e social, oferecendo acolhimento digno e assistência em saúde a ribeirinhos e indígenas que necessitam permanecer temporariamente na sede do município para fins de tratamento de saúde, com uma rede local articulada, permitindo a operacionalização de um fluxograma específico de cuidado construído com base nas necessidades identificadas.

Figura 1. Imagem da fachada da Casa de Apoio ao Ribeirinho – Carauari.



Fonte: Acervo fotográfico das autoras, 2024.

O fluxo contempla etapas como: acolhimento inicial pela equipe; livre demanda de atendimento; agendamento prioritário de exames laboratoriais e de imagem, previamente articulados com a Secretaria Municipal de Saúde; retorno ágil para avaliação médica após os exames; e, quando necessário, encaminhamento para consultas especializadas por meio da estratégia do Telessaúde; psicólogo ou cirurgia eletivas, assegurando continuidade do cuidado sem necessidade de deslocamentos frequentes e em períodos mais extensos.

Reflexões sobre os resultados e implicações de sua execução

A Casa de Apoio ao Ribeirinho tem funcionado como uma unidade de acolhimento e assistência, para pacientes em processo de avaliação, acompanhamentos, reabilitação e/ou recuperação pós-operatória, oferecendo ambiente seguro para cuidados em saúde sob monitoramento clínico contínuo por equipe especializada. A implementação da proposta reduziu o número de reinternações, além de colaborar com a resolutividade da APS e com a promoção de cuidado integral e centrado na pessoa.

O perfil de execução da Casa de Apoio integrou componentes assistenciais, logísticos e de gestão, possibilitando a superação de barreiras geográficas e estruturais que historicamente dificultaram o acesso da população ribeirinha de Carauari aos serviços de saúde localizados na sede do município. E, ao estabelecer um modelo de atenção intersetorial, culturalmente sensível e territorializado, a iniciativa se consolida como experiência inovadora e potencialmente reaplicável em outros contextos amazônicos e rurais brasileiros.

Das queixas e dificuldades identificadas durante o levantamento, os principais pontos críticos incluíram: baixo acompanhamento clínico, baixa adesão aos tratamentos prescritos, dificuldade de acesso a exames e consultas especializadas, além da ausência de fluxos de cuidado estruturados e sensíveis às particularidades desse território.

Um fator recorrentemente sinalizado como obstáculo nos acompanhamentos de saúde foi a ausência de residência fixa nas áreas urbanas por parte dos usuários ribeirinhos, o que inviabilizava o seguimento de cuidado, tornando onerosa a permanência das famílias durante o tratamento fora de sua comunidade, motivando o abandono do tratamento.

Desde sua implementação, a Casa de Apoio aos Ribeirinhos tem promovido avanços no acesso à saúde e na qualidade de vida das populações ribeirinhas e indígenas. Com estrutura acolhedora e funcional, tornou-se referência na cidade, suprimindo uma lacuna histórica ao oferecer estadia temporária a pacientes em tratamento.

Eu quero agradecer por terem conseguido esse espaço pra nós ribeirinhos, não só pra mim como líder da Comunidade Morro Alto, mas para todas as lideranças, principalmente os agentes de saúde que hoje tem pra onde mandar um paciente. Se fosse pra dar nota, nem sei que nota daria, porque só tenho a agradecer a Deus por essa oportunidade (Eli Turí de Souza – residente da comunidade Morro Alto).

Atualmente a Casa de Apoio contabiliza aproximadamente 220 atendimentos e procedimentos mensais incluindo consultas médicas, de enfermagem e procedimento de rotina. Destaca-se o aumento de 60% na adesão ao acompanhamento pré e pós-operatório, além da redução do tempo de hospitalização, favorecendo a recuperação em ambiente seguro e com menor risco de infecções.

O atendimento diferenciado aumentou o vínculo com os profissionais da equipe de saúde, o que pode ter contribuído com o engajamento nas orientações sobre os cuidados necessários, influenciando no aumento do número de altas clínica por tratamento finalizados em tempo hábil e com sucesso. Consequentemente, houve uma redução de aproximadamente 9,28% dos resgates da comunidade para sede, decorrentes de agravos a causas sensíveis à APS, gerando economia financeira e refletindo em

melhorias no custo-benefício dos itinerários essenciais para o acesso aos dispositivos e especialistas.

Neste contexto, é possível entender a proporção dos benefícios identificados após a implementação da Casa de apoio. E, a seguir, detalharemos a amplitude de algumas dessas dimensões que se destacam como exemplos concretos de resultados decorrentes da execução dos serviços oferecidos por este espaço.

Adesão ao acompanhamento

Na literatura, as reflexões sobre a adesão ao tratamento em populações ribeirinhas estão frequentemente associadas à fatores sociodemográficos, incluindo principalmente renda e barreiras geográficas. Condições de habitação e deslocamento são variáveis que fazem parte do cenário da adesão, tornando os tratamentos em saúde fenômenos atravessados por problemas sociais comuns nos cenários Amazônico (Boás, Santos & Gonçalves, 2025).

Rosa, Tokuta & Gonçalves (2025) destacam que os determinantes sociais possuem papel importante na estruturação de estratégias de acompanhamento e cuidado, considerando que as populações indígenas e ribeirinhas sofrem com influências mais evidentes das desigualdades estruturais, como condições de moradia e mobilidade precárias, exclusão social e barreiras geográficas, que dificultam o enfrentamento de condições de saúde em áreas da região amazônica consideradas remotas. Os autores salientam que, principalmente em esquemas de tratamento que exigem longa duração, existe uma maior probabilidade de abandono, em razão das dificuldades, sobretudo logísticas, que limitam sua continuidade.

O caso de Carauari é um exemplo dos atravessamentos dessas barreiras. Existe um gasto dispendioso para o deslocamento dos usuários, com combustível e alimentação necessária para o tempo de viagem, que costumam

ser de longas horas. E, além disso, a estadia na sede do município também exige investimento financeiro, uma vez que nem todas as famílias possuem suporte de conhecidos que possam facilitar o tempo de permanência necessário para o tratamento indicado, o que levava os usuários a retornar às suas comunidades antes do tempo previsto, resultando na baixa adesão, baixa taxa de retorno e outras ações.

As condições que exigiam contextos de cuidado de pré e pós-operatórios, os usuários ficavam mais propensos a desistência, tendo em vista as dificuldades acerca do tempo de estadia. Assim, a Casa de Apoio possibilitou um espaço seguro de estadia, sem custos adicionais e com suporte do serviço social para sanar eventuais demandas como esta ou similares. A minimização dos prejuízos financeiros pelo suporte direto da Casa de Apoio, promoveu maior comprometimento com as orientações da equipe de saúde, possibilitando um aumento de 60% na adesão aos tratamentos e nos acompanhamentos pré e pós-operatórios, colaborando com a resolutividade das demandas, através do alinhamento das ofertas do serviço às reais necessidades dos usuários.

Tempo de Hospitalização

A internação hospitalar é uma estratégia utilizada para auxiliar na recuperação da saúde de pacientes, no entanto, em contextos de longa permanência, pode gerar complicações na saúde deste usuário e também acréscimos consideráveis nos custos por esta internação (Paula et al., 2021), além de questões como aumento no risco de infecção hospitalar e diminuição na rotatividade dos leitos (Alcantara Júnior et al., 2021), que por consequência pode limitar, e até mesmo impossibilitar, o cuidado de outros paciente em tempo hábil. Estamos considerando que o tempo de hospitalização pode então gerar um aumento de custos, além de um possível crescimento nas taxas de morbidade e mortalidade.

Os autores indicam que hospitalizações de longa permanência estão condicionadas às características e procedência do paciente (Paula et al., 2021), e no caso de Carauari, foi preciso considerar o aspecto geográfico e sociocultural, como já mencionamos anteriormente. Assim, a reorganização na oferta do serviço possibilitada pela criação da Casa de Apoio, diminuiu o tempo de internação, controlando variáveis evitáveis como é o caso do risco de infecção hospitalar (Alcantara Júnior et al., 2021), e diminuiu os custos, não só para o dispositivo de internação, mas principalmente para o paciente, que se eventualmente precisar permanecer na sede do município não precisa mais arcar com a estadia.

Aumento no atendimento pelo telessaúde e redução da fila de espera para tratamentos fora de domicílio – TFD

Como constantemente estamos reforçando ao longo das reflexões aqui apresentadas, o Amazonas em seu vasto território é composto por singularidades que desafiam as estruturas e estratégias de acesso aos serviços de saúde da população residente em regiões consideradas remotas. Tendo isto em vista, a expansão de consultas na modalidade de telessaúde colaborou para agilizar os atendimentos, e com a melhoria da qualidade assistencial, auxiliando na qualificação profissional e nos serviços prestados aos usuários (Sachett, 2021).

O uso desse serviço pela Casa de Apoio aos Ribeirinhos foi uma estratégia para favorecer a resolutividade das demandas existentes, principalmente ao se tratar de peculiaridades agregadas ao fator ribeirinho. Foi necessário considerar que neste caso, o serviço deveria estar pautado nas necessidades deste público que possui particularidades socioculturais, e, muitas vezes, apresentam certa resistência e/ou dificuldades para deslocamento até a sede do município e em tratamentos realizados na capital. É comum que estes

usuários não conheçam as cidades, e não tenham parentes e/ou conhecidos que possam oferecer suporte nesse processo.

A demora na fila de espera também era longa, e algumas vezes, ao receberem o agendamento, eles estão nas comunidades e não tem tempo suficiente ou recursos financeiros para se deslocar até Carauari e depois até a capital, Manaus. Todos esses fatores levaram a boa aceitação dos usuários aos atendimentos por meio do telessaúde, principalmente pelo suporte oferecido pela equipe de saúde da Casa de Apoio, que sempre acompanha as consultas e auxilia com os instrumentos tecnológicos.

Skelton-Macedo et al. (2009) destacam o telessaúde como um serviço para o fortalecimento da política da Atenção Primária devido ao apoio no processo de fixação profissional em áreas desassistidas (remotas, isoladas e de maior vulnerabilidade); redução de custos com deslocamentos desnecessários de paciente, decrescendo concomitantemente os riscos de morte aos sujeitos; e desafogamento do sistema de saúde por maior resolubilidade imposta ao setor assistencial em foco.

Não sendo diferente em Carauari, foi possível reduzir em 80% o deslocamento desses usuários para a capital, disponibilizando o atendimento com especialistas de forma remota, agilizando o tratamento e reduzindo o tempo de espera por esses serviços. Além de oportunizar um atendimento de qualidade e aumento do vínculo com a equipe municipal e a redução do absenteísmo desses pacientes nos atendimentos agendados para a capital.

Dessa forma os resultados do uso da telessaúde combinam com a afirmação de Araújo et al. (2021), que indicam que a implantação desse serviço traz impactos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais, permitindo a adoção de medidas simples e de baixo custo, como a implantação de sistemas de análise de imagens médicas com diagnósticos remotos, sem deslocamento para os centros de referência.

Aumento no retorno de pacientes após a solicitação de exames

Na Casa de Apoio, os usuários recebem prioridade tanto no atendimento clínico, quanto no agendamento de exames complementares. Essa priorização é fundamental para garantir que os pacientes tenham acesso rápido aos procedimentos necessários, minimizando atrasos que poderiam comprometer o diagnóstico e o tratamento. Segundo Silva et al. (2020), a priorização no agendamento de exames em unidades de apoio reduz o tempo entre a solicitação e a realização dos exames em até 40%, o que impacta positivamente na adesão ao tratamento.

Figura 2. Fluxograma de Atendimento da Casa de Apoio aos Ribeirinhos.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2025.

Além disso, a organização de um fluxo específico e personalizado de atendimento na casa de apoio, permite que os pacientes retornem com todos os resultados em mãos, facilitando a avaliação clínica e a tomada de decisão

pelo profissional de saúde (figura 2). Essa prática evita a fragmentação do cuidado e reduz a necessidade de múltiplas consultas apenas para coleta de resultados, otimizando recursos e tempo, tanto para o paciente, quanto para a equipe de saúde (Oliveira & Santos, 2019).

O aumento no retorno dos pacientes com resultados completos dos exames está diretamente relacionado à melhoria na continuidade do cuidado. Conforme destacado por Pereira et al. (2021), a continuidade do cuidado é um dos pilares para a efetividade dos tratamentos, especialmente em doenças crônicas e condições que demandam monitoramento constante.

Quando os pacientes retornam com os exames realizados, o profissional de saúde pode ajustar o plano terapêutico de forma mais precisa e tempestiva. Portanto, o resultado desse modelo de atendimento evidencia ganhos substanciais tanto para a qualidade do cuidado quanto para a otimização dos recursos do sistema de saúde. Atualmente, entre os comunitários que recebem solicitação de exames, a cada 10 pacientes, 9 retornam com o resultado, o que evidencia a efetividade do processo de agendamento, contribuindo inclusive com o aumento na procura de serviço da APS pelos ribeirinhos.

Podemos considerar que os resultados alcançados são reflexo da implantação do fluxograma destinado a esta população, que inclui a Casa de Apoio como um suporte social completo, com refeições diárias, hospedagem e equipe técnica de apoio, conforme a necessidade, garantindo que estes usuários sejam assistidos dentro de suas realidades e demandas específicas.

Considerações Finais

A Casa de Apoio representa um avanço significativo na atenção e na promoção de equidade à população ribeirinha do município de Carauari, sendo possível sinalizar que a iniciativa é um recurso importante de mediação de uma problemática recorrente: a dificuldade de acesso aos serviços de

saúde, especialmente para aqueles que necessitam de consultas, exames e acompanhamento de médio e longo prazo, e que eram diretamente afetados pelas circunstâncias de deslocamento e estadia.

Com uma estrutura organizada e funcional, a Casa de Apoio ao Ribeirinho possibilita um ambiente seguro e acolhedor, onde os usuários de áreas ribeirinhas têm prioridade no atendimento médico e de enfermagem, além de serviços essenciais. O fornecimento de refeições diárias reforça o compromisso com o bem-estar dos pacientes, assegurando que tenham além da estadia, toda a estrutura básica necessária para sua permanência no município durante seu período de acompanhamento em saúde.

A Casa de Apoio não apenas facilitou o acesso à saúde para essa população, mas também fortaleceu o compromisso do município com um atendimento mais humanizado, eficiente e digno. Está alinhado e contempla objetivos traçados pela PNH, considerando que sua implementação: reduziu filas de espera e tempo para atendimento por meio da ampliação do acesso; promoveu por meio da Casa de Apoio um atendimento acolhedor e que colaborou diretamente com a resolutividade das demandas; e implementou um modelo de atenção orientado pela qualidade do vínculo com o usuário, estimulando o engajamento e comprometimento com as ações de cuidado indicadas.

Assim, consideramos que a Casa de Apoio garantiu melhores condições de manejo e recuperação para todos os que necessitam de cuidado em saúde, fortalecendo a equidade no sistema de saúde e proporcionando atendimento digno, de qualidade e especialmente alinhado às necessidades da população ribeirinha local. Ademais, reforçamos que esta experiência poderá servir como uma referência orientativa para outras localidades, a fim de colaborar com novos modelos de organização, configuração e direcionamento de cuidados em saúde, favorecendo a garantia de direitos dos usuários e alinhamento de práticas profissionais à estas realidades.

Referências

- Alcântara Júnior, I. L. de, Lima, G. L., Figueira, I. de A., Alcântara, I. H. A. de, Santos, C. R. R. E., Margel, I. M., Pagoto, A. B. Mori Júnior, A. H., Ihara, B. P., & Carvalho, T. S. (2021). Fatores relacionados com tempo de internação prolongado em enfermaria de clínica médica. *Revista Eletrônica Acervo em Saúde*, 13(5), 1-8. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7126.2021>
- Almeida, V. F. de ., Schweickardt, J. C., Reis, A. E. S., & Vieira Moura, G. P. da S.. (2022). Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210769. <https://doi.org/10.1590/interface.210769>
- Araújo, A., Rendeiro, M. M. P., & de Souza, J. (2021). Análise da evolução e estratégias de implementação da rede universitária de telemedicina no Estado do Amazonas. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 2849-2858. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-194>
- Boás, R. M. F., Santos, T. S. dos., & Gonçalves, D. M. (2025). Determinantes Sociodemográficos e Desafios no tratamento da Tuberculose em Manaus: Perspectivas para a Atenção Primária. *Interference Journal*, 11(2), 3375-3388. doi: <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p3375-3388>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Sistema e-Gestor Atenção Primária à Saúde*. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>
- Figueiredo Júnior, A. M. F, Lima, G.L., Vilela, K. A. D, Costa, E. C, Santos M. L. C. S. Freitas M. C. N, Sousa Y. M, Ferreira, F. C, Santos, C. B., & Calandrini, C. O. (2020). O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. 13, 1-8. doi: <https://doi.org/10.25248/reac.e4680.2020>
- Franco, E. C., Santo, C. do E., Arakawa, A. M. Xavier, A., França, M. de L., Oliveira, A., D. de Machado, M. A. M. de P., Bastos, R. da S., Basto, J. , R. de M., & Caldana, M. de L. (2015). Promoção da saúde da população ribeirinha da região Amazônica: relato de experiência. *Revista CEFAC*, 17(5), 1521-1530. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517518714>.
- Freitas, J. M. B. de, Lemos, S. M., Maia, R., Schweickardt, J. C. (2022). Carauari no enfrentamento à pandemia: entre a eficácia do trabalho em saúde e a falácia medicamentosa. In: Schweickardt, J. C. et al. (Orgs). *Práticas Sociais de enfrentamento à pandemia na Amazônia: esperando novos mundos*. Série Saúde & Amazônia 23, 1ed. (pp. 154-164). Rede Unida.
- Gonçalves, R. M., & Domingos, I. M. (2019). População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*11(1):99-108. doi: 10.4013/rechtd.2019.111.06
- Oliveira, D. S., & Santos, F. R. (2019). Organização do fluxo de atendimento em casas de apoio: impacto na adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7), e00123456
- Paula, M. F. de, Vannuchi, M. T. O., Rossaneis, M. A., Haddad, M. do C. F. L., Fernandes, K. B. P., & Pissinati, P de S. C. (2021). Sobrevida e fatores associados à mortalidade de pacientes com internação de longa permanência. *Enferm Foco*, 12(4), 682-687. doi: <https://doi.org/10.30663/2359-8908.v12n4p682-687>

org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4472

- Pereira, A. C., Gomes, E. L., & Nunes, M. F. (2021). Continuidade do cuidado e desfechos clínicos: uma revisão sistemática. *Revista de Medicina*, 100(3), 210-220
- Rosa, A. C., Tokuta, L. S., & Gonçalves, D. M. Tuberculose em adolescentes na Amazônia: barreiras no diagnóstico e adesão ao tratamento em áreas de difícil acesso. (2025). *Interference Journal*, 11(2), 3510-3523. doi: <https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p3510-3523>
- Sachett, J. D. A. G., Gonçalves, I. C. D. M., & Santos, W. O. M. D. (2022). Relato de experiência das contribuições da telessaúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas na pandemia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210820. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0820pt>
- Schweickardt, J. C., & Schweickardt, K. H. S. C. (2022). O território líquido como espaço tempo do trabalho e da produção das diversas saúdes na Amazônia ribeirinha. In F. M. Martins, K. H. Schweickardt, & J. C. Schweickardt (Eds.), *Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia* (Série Saúde & Amazônia, v. 21). Rede Unida.
- 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 C. P. Teixeira, D. V. D. Santos, D. P. G. Diaz de Azevedo, R. E. Chávez Alvarez, & M. C. R. Guilam (Orgs.), *Experiências no acesso e cuidado de populações vulnerabilizadas na atenção primária: Brasil, Chile, Colômbia e Peru* (1. ed.). Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/experiencias-no-acesso-e-cuidado-de-populacoes-vulnerabilizadas-na-atencao-primaria-brasil-chile-colombia-e-peru/>
- Silva, R. T., Almeida, J. P., & Carvalho, M. S. (2020). Prioridade no agendamento de exames e redução do tempo de espera: estudo em unidades de apoio. *Saúde em Debate*, 44(125), 89-98.
- Skelton-Macedo, M. C., Andrade, R., Costa, C. A., Souza, P. E., & Haddad, A. E. (2009). Telessaúde Brasil em apoio à Estratégia de Saúde da Família: análise do estado do Amazonas.

O Protagonismo do Cosems nas articulações Interfederativas no Contexto Amazônico

**Liliam Rafaelle Souza da Silva
Ariane Guerreiro de Souza
Sandy Helena Silva Graça
Lígia Menezes da Mata
Gigellis Duque Vilaça
Mayra Costa Rosa Farias de Lima**

Paródia: “Pode Apoiar – O Povo do SUS
(Inspirada em “Pode Avisar” – Boi Caprichoso)

*Meu SUS é vivo, sim
Caboclo, ribeirão e urbano
E o dono dele é o povo
Nasceu de lutas
Livre, forte e justo
Pra quem quiser cuidar
Vamos todos juntos!
SUS de aldeia, vila e quintal
De palafitas, quilombos, capital
O cuidado na beira do rio
É semente de amor, ancestral desafio
Para florescer em lutas, resistência, revolução.
Com trabalho e amor da rede
Sou
Sou apoio, sou forte
É do Norte, é do SUS!*

A história gerando vida aos Cosems

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems-AM) representa os 62 municípios do estado, configurando-se como desdobramento do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Sua estrutura encontra respaldo nos princípios constitucionais e legais do SUS, especialmente na CF/88 e na Lei nº 8.080/1990, que estabelecem os fundamentos e operacionalizam o direito à saúde no Brasil (Borges & Franco, 2025; Brasil, 1990).

A trajetória do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) se confunde com a própria história de consolidação do SUS, emergindo das mobilizações pela redemocratização, da reforma sanitária e da resistência democrática no período constituinte. Sua criação resultou da articulação entre gestores municipais, universidades e movimentos sociais, reforçando o protagonismo dos municípios na construção de políticas públicas de saúde (Junior et al., 2017).

O fortalecimento da gestão municipal do SUS tornou-se referência nacional e internacional, em contraste com outras políticas sociais. Tal reconhecimento se deve, em grande medida, à atuação política do Conasems, às pautas dos conselhos de saúde e às conferências realizadas em todo o país, que garantiram a defesa da descentralização e da participação social (Kruger, 2023).

O Conasems como pilar da organização estadual dos Cosems

O Conasems é uma instituição que congrega as secretarias municipais de saúde do país e seus representantes, atuando como associação civil de direito privado, sem fins lucrativos. De acordo com seus estatutos, tem por finalidade

promover a universalidade e a igualdade no acesso à saúde, fortalecer a descentralização política, administrativa e financeira do SUS e incentivar ações conjuntas em defesa da saúde pública (Conasems, 2017).

Sua trajetória é marcada por mobilizações em prol do financiamento federal do SUS e por forte incidência técnica e política. Em 1991, participou da criação da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e exerceu protagonismo no período das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e no Pacto pela Saúde. Os debates do Conasems nos Congressos e Encontros destacaram a implementação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica, incluindo sua revisão em 2017 (Conasems, 2017).

A gestão municipal do SUS deve sempre ser analisada à luz da Constituição de 1988 e do contexto social contemporâneo, reforçando a importância da participação federativa. Nesse cenário, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), vinculados ao Conasems, exercem papel essencial ao representar os territórios, inclusive os mais distantes, garantindo que a voz dos municípios seja considerada no processo de governança interfederativa (Brasil, 1988; *Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS*, 2021).

O Cosems Amazonas

O Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems/AM), por meio do seu estatuto é uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de duração por prazo indeterminado, com sede e foro em Manaus, Amazonas, regido pelo presente estatuto e normas complementares. O Cosems/AM é vinculado institucionalmente ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), na forma do §2º do Art. 14-B da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluído pela Lei

Federal nº 12.466, de 2011, sendo reconhecido como entidade que representa os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde. Integra a Rede Conasems/Cosems de apoio à gestão municipal da saúde, a qual atua de forma integrada sob a coordenação nacional do Conasems (Cosems, 2024; Brasil, 1990).

O Cosems AM tem a finalidade institucional : I – Congregar as Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Amazonas ou órgãos equivalentes e seus respectivos Secretários ou detentores de função equivalente para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços em saúde, promovendo iniciativas conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde - SUS; II – Participar da formulação das políticas de saúde em todas as esferas do federalismo, defendendo o fortalecimento do papel dos municípios na idealização e implementação destas; III – Representar as Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes do Estado do Amazonas no Conselho Estadual de Saúde (CES), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na Comissão Intergestores Regional (CIR), bem como junto ao Sistema de Justiça, aos órgãos dos Poderes Executivo e Legislativo estaduais ou em quaisquer outros fóruns consultivos, de negociação e/ou deliberação sobre saúde pública. IV – Manter intercâmbio com entidades semelhantes de outras unidades da Federação, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), com a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES/AM), entidades civis, entre outros (Cosems, 2024).

A capilaridade da Rede Conasems- Cosems por meio dos apoiadores institucionais

No âmbito do SUS, o Apoio Institucional (AI) consolidou-se como prática de gestão voltada a ampliar a capacidade de análise e intervenção

de gestores e trabalhadores, favorecendo diálogos, mediação de conflitos e elaboração de políticas públicas (Padilha et al., 2025) considerando seu perfil, contexto de atuação e a adequação de suas ações às necessidades dos gestores locais, além de discutir os desafios de sustentabilidade e institucionalização da estratégia. A metodologia adotada é baseada em uma abordagem empírica e multifacetada, combinando diferentes instrumentos de coleta de dados: i. A partir de 2007, inspirado nessa concepção, diversos Cosems estruturaram arranjos próprios de apoio, com profissionais dedicados a qualificar secretários municipais e equipes técnicas, além de acompanhar instâncias de pactuação regional, atuando como elo entre os municípios e seus conselhos estaduais ((*Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS*, 2021).

Em 2017, o Conasems, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, expandiu nacionalmente essa experiência por meio do projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, no âmbito do Proadi-SUS, denominado Estratégia Apoiador Cosems-Conasems (EAC). Em 2021, a iniciativa foi renovada e passou a contar também com a Beneficência Portuguesa, ampliando o financiamento e a qualificação da rede. Em 2023, a EAC já alcançava cobertura nacional, articulando apoiadores e coordenadores em todos os municípios brasileiros (Brasil, 2023).

A participação ativa dos apoiadores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) evidencia o papel estratégico da EAC para fortalecer a governança regional e promover maior integração das políticas de saúde. Seu monitoramento pode aprimorar a compreensão sobre a institucionalização dessa prática, bem como sobre os processos de cooperação interfederativa, essenciais para efetivar a regionalização e os princípios de integralidade e universalidade do SUS (Teston et al., 2019).

As articulações Interfederativas através dos congressos regionais do Cosems-AM

O Estado do Amazonas, com sua vasta extensão territorial de 1.558.706,127 km², população estimada de 4.281.209 habitantes e densidade demográfica de 2,53 hab/km², apresenta singularidades marcantes, incluindo rios, florestas e vazios assistenciais que geram desafios logísticos significativos para as gestões municipais de saúde (IBGE, 2025c). Seus 62 municípios estão distribuídos em 9 regiões de saúde e 3 macrorregiões, cada uma com características próprias, exigindo atenção diferenciada no planejamento regionalizado e na organização dos serviços de saúde (IBGE, 2025c).

O Cosems-AM, atento a essas especificidades, desenvolveu, em conjunto com os apoiadores da Rede Conasems-Cosems, uma proposta diferenciada para as regiões de saúde mais remotas — Juruá, Alto Solimões, Purus e Madeira — por meio da realização de congressos regionais. Esses eventos reuniram gestores municipais, profissionais de saúde, representantes de movimentos sociais e de órgãos governamentais e não governamentais, promovendo espaços de diálogo, articulação intermunicipal e interestadual, e a construção coletiva de soluções para as demandas locais.

Do planejamento a realização dos congressos regionais

Os Congressos do Cosems-AM foram planejados em reunião da equipe, com participação da secretaria executiva, assessores, coordenadores e apoiadores. A proposta partiu das dificuldades logísticas das regiões mais remotas, priorizando a realização nos polos regionais para garantir a presença dos gestores municipais, suas equipes e demais atores convidados, de acordo com as demandas prioritárias.

Cada congresso foi organizado de forma a respeitar as especificidades locais. Enquanto a secretaria executiva se responsabilizou pela parte financeira e logística, os apoiadores atuaram na definição de estratégias para avaliar a viabilidade da proposta, considerando as demandas dos municípios e a aceitação dos gestores. O planejamento incluiu levantamento de prioridades municipais, escolha do município-sede, convite aos gestores e construção de uma programação alinhada às necessidades regionais.

Nesse processo, os apoiadores tiveram papel central ao traçar o perfil de cada município e identificar suas demandas, em diálogo com os gestores locais. Projetos como o Conecta-Purus e os Encontros do Juruá foram criados para fomentar discussões sobre os desafios da regionalização, assegurando espaço de fala e escuta qualificada. Também foram promovidos encontros online em todas as regiões, fortalecendo a construção coletiva e participativa.

O 1º Congresso ocorreu em 2021 na região do Rio Juruá, com o tema Desafios Regionais para a Consolidação do SUS. Em 2022, o 2º Congresso foi realizado no Alto Rio Solimões, abordando os Desafios da Regionalização. Já em 2023, o 3º Congresso reuniu as regiões do Rio Purus e Rio Madeira, discutindo os Avanços e Desafios da Regionalização no Território Amazônico.

Congresso Regional do Rio Juruá (2021) - Tema: Desafios Regionais para a Consolidação do SUS

A Região de Saúde do Rio Juruá reúne os municípios mais distantes da capital amazonense, com deslocamentos que podem ultrapassar 27 dias por via fluvial. Eirunepé, município-polo, está a mais de 3.400 km de Manaus por rio, e mesmo sendo o centro regional, tem acesso facilitado apenas a Envira. A calha do Rio Juruá revela o paradoxo amazônico: embora associada à navegação, há trechos em que a seca e a estreiteza dos rios inviabilizam o transporte fluvial regular (IBGE, 2025c).

O município de Envira, frequentemente o mais afetado pela seca, tem cerca de 18 mil habitantes e depende, em casos de urgência, dos serviços de saúde do estado do Acre, dada a proximidade geográfica. Situação semelhante ocorre nos municípios amazonenses de Guajará e Ipixuna, municípios fronteiriços que, pela dificuldade de conexão com o polo, recorrem com frequência às cidades acreanas para atendimentos de média e alta complexidade. A dependência do vizinho estado revela a fragilidade da integração intraestadual.

Guajará, com pouco mais de 14 mil habitantes, não dispõe de transporte fluvial regular e mantém acesso mais fácil a Cruzeiro do Sul (AC), situado a apenas 16 km por via terrestre. Já Ipixuna, com cerca de 25 mil habitantes, também depende do município de Cruzeiro do Sul, no estado do Acre, alcançada por cinco horas de lancha, reforçando o caráter interestadual de suas referências em saúde. Nessas localidades, a distância da capital amazonense torna a articulação com o Acre mais viável do que com Manaus.

Os municípios de Carauari e Itamarati completam a região, mas apresentam características distintas. Carauari, com cerca de 31 mil habitantes, mantém transporte fluvial regular para Manaus, viagem que dura de 34 horas a sete dias, a depender da embarcação. Itamarati, o menor em população, possui mais de 25 mil km² de extensão e menos de 12 mil habitantes, com densidade demográfica de 0,49, regulando diretamente seus pacientes para Manaus diante da ausência de conexões regionais.

Ao todo, os seis municípios somam aproximadamente 137 mil habitantes e enfrentam enormes desafios de comunicação e integração. O desenho regional inviabiliza a função de Eirunepé como polo, já que os demais recorrem ao estado do Acre ou diretamente à capital Manaus. Essa fragmentação impacta o envio de insumos, a logística de vacinas e o tratamento fora de domicílio, além de prejudicar a fixação e a qualificação de profissionais de saúde (Amazonas, 2012).

O congresso nessa região visou formalizar as dificuldades regionais supracitadas e trabalhou amplamente as questões de regionalização, como

a necessidade de se refazer o desenho da região do Rio Juruá criando uma pactuação interestadual com a premissa Inter federativa, com a regulação de pacientes direto para o Acre, assim como as necessidades de qualificação dos profissionais. Ainda foi aproveitado o momento para a realização de diversas oficinas com oferta dos temas mais pertinentes ao evento.

A realização do Congresso Regional de Juruá representou um marco fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde, como uma oportunidade única de reunir gestores, técnicos e profissionais da saúde para debater os desafios e avanços que vivenciamos no dia a dia da saúde na regional de Juruá, que tem especificidades e particularidades características da região que faz fronteira com outro estado, e, sobretudo, para alinhar nossas ações às reais necessidades da população” (Thayana Miranda secretaria de saúde do município de Eirunepe no período do congresso).

2º congresso regional do alto Solimões (2022) - Tema: Desafios da regionalização no Alto Solimões

A Região do Alto Rio Solimões, situada no oeste do Amazonas, é marcada pelo tríplice fronteira com Peru e Colômbia, reunindo nove municípios, Tabatinga (sede/polo), Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Atalaia do Norte, Tonantins, Fonte Boa, Jutá e Amaturá, e reuni cerca de 260 mil habitantes. O município de Tabatinga atua como cidade-polo, em um território estratégico e multicultural, com forte presença indígena e biodiversidade única. A economia baseia-se no extrativismo, na agricultura familiar e no comércio transfronteiriço, mas enfrenta entraves estruturais e de acesso, já que o deslocamento até Manaus leva até sete dias por via fluvial (Souza, 2024).

Do ponto de vista geográfico, a região cobre cerca de 160 mil km², composta por várzeas, planícies e áreas de terra firme dominadas pelo rio

Solimões e seus afluentes. O isolamento é agravado pelas grandes distâncias entre áreas rurais, aldeias indígenas e sedes municipais, impondo barreiras logísticas para a circulação de pessoas, insumos e serviços de saúde. Esse cenário reforça a condição de “território líquido” (Schweickardt et al., 2016) e a dependência dos centros externos para procedimentos de maior complexidade (Barbosa et al., 2020).

A rede de saúde local conta apenas com hospitais de médio porte e apresenta limitações no atendimento especializado. A demanda indígena é absorvida pelos Dsei Alto Rio Solimões e Vale do Javari, que assistem etnias como Tikuna, Kokama, Marubo e Mayoruna, entre outras. Além disso, o fluxo de estrangeiros oriundos do Peru e da Colômbia, onde predominam sistemas privatizados, aumenta a pressão sobre os serviços brasileiros, que são gratuitos e universais, sem que haja repasse diferenciado de recursos (Lopes & Noda, 2021).

Nesse contexto, o Cosems/AM organizou em 2022 o Congresso Regional de Saúde do Alto Rio Solimões, priorizando a saúde indígena e os desafios da regionalização em áreas de fronteira. O encontro reuniu gestores e equipes técnicas para debater estratégias de fortalecimento das redes locais, articulando respostas que considerassem as singularidades territoriais e a necessidade de maior apoio estadual e federal. A iniciativa reafirmou o protagonismo do Cosems na construção de soluções coletivas para garantir saúde integral e igualitária às populações amazônicas.

O Congresso fortaleceu a região do Alto Solimões, com o objetivo de tratar de políticas públicas em Saúde para essa região, uma região de tríplice fronteira, com jurisdições peculiares, onde há necessidade de um olhar diferenciado, principalmente para o seu sistema de saúde. Portanto é importante que seja realizado todos os anos, em diferentes municípios da calha (Leosoney Farias, Secretário de saúde do município de Benjamin Constant-AM, na época do congresso em 2022).

3º congresso inter-regional e interestadual Purus e Madeira (2023) - Tema: avanços e desafios da regionalização no território amazônico

A Região de Saúde do Rio Purus, no sul do Amazonas, reúne cinco municípios (Boca do Acre, Canutama, Lábrea, Pauini e Tapauá), com cerca de 139 mil habitantes (IBGE, 2025c). Compartilham características como acesso fluvial, presença de comunidades tradicionais e isolamento geográfico.

Boca do Acre, na fronteira com o Acre, destaca-se como porta de entrada e referência regional, ainda que sua rede não supra toda a demanda. Canutama mantém forte presença extrativista, mas depende quase exclusivamente do transporte fluvial, o que limita a resolutividade da saúde local. Lábrea, o mais populoso, concentra atividades econômicas e serviços hospitalares, porém enfrenta sobrecarga assistencial, mortalidade materno-infantil e doenças infecciosas. Pauini, de perfil ribeirinho e extrativista, convive com endemias como malária e leishmaniose e dificuldades de abastecimento de insumos. Tapauá, apesar da proximidade relativa com Manaus, mantém barreiras logísticas e estrutura restrita, atuando como elo estratégico com a capital (Teston et al., 2019).

Em conjunto, esses municípios evidenciam a complexidade amazônica: territórios extensos, populações dispersas, redes frágeis e dependência de centros externos para média e alta complexidade. O acesso é majoritariamente fluvial, com estradas precárias e transporte aéreo oneroso. Entre os principais desafios de saúde estão doenças tropicais, elevada mortalidade materno-infantil, condições crônicas que exigem acompanhamento contínuo e limitações no abastecimento de insumos. Tais fatores reforçam a necessidade de estratégias de regionalização que considerem singularidades locais e fortaleçam a cooperação interfederativa.

Região do Rio Madeira

A Região do Rio Madeira, situada no sul do Amazonas, é formada pelos municípios de Apuí, Borba, Humaitá, Manicoré e Novo Aripuanã, reunindo mais de 120 mil habitantes. O território apresenta diversidade socioeconômica e complexidade geográfica e demográfica, impondo desafios à implementação das políticas públicas, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apuí, com cerca de 22 mil habitantes, integra o chamado “arco do desmatamento”. Sua economia baseia-se na pecuária, agricultura (cacau, café e mandioca), exploração madeireira e garimpo. O município enfrenta dificuldades relacionadas à regularização fundiária e ao acesso a serviços essenciais, como saúde e educação (Silva et al., 2025).

Borba, com aproximadamente 41 mil habitantes, destaca-se pela pesca, agricultura familiar e exploração madeireira. Fundado como missão jesuíta, possui tradição cultural e religiosa marcante. O acesso predominantemente fluvial limita a integração com outros municípios e a efetividade da rede de serviços (IBGE, 2025a).

Humaitá, polo regional com cerca de 66 mil habitantes, situa-se às margens do rio Madeira e se configura como centro econômico, educacional e de serviços, incluindo campus da UFAM. Sua economia envolve agricultura, pecuária, extrativismo, mineração e comércio. A conectividade viária, fluvial e aérea consolida o município como referência regional (IBGE, 2025c).

Manicoré, com 56 mil habitantes, possui economia voltada à agricultura (banana e mandioca), extrativismo vegetal e pesca. A população ribeirinha e rural enfrenta barreiras de acesso a serviços essenciais, refletindo desigualdades sociais e em saúde (IBGE, 2025b). Novo Aripuanã, com cerca de 26 mil habitantes, combina extrativismo (castanha e borracha), pesca, agricultura de subsistência e turismo ecológico, enfrentando desafios na

conciliação entre conservação ambiental e desenvolvimento sustentável, além de problemas de mobilidade e insuficiência de serviços públicos (IBGE, 2022).

A Região do Madeira apresenta simultaneamente potencialidades produtivas, riqueza cultural e ativos ambientais, mas também vulnerabilidades sociais e em saúde. Considerando a proximidade com a Região do Rio Purus e a logística existente entre elas, foi realizado em novembro de 2023, em Humaitá, o 3º Congresso do Cosems-AM, o 1º Congresso Intermunicipal e Interestadual das Regiões de Saúde Rio Purus e Rio Madeira, com o tema Avanços e Desafios da Regionalização no Território Amazônico, integrando esforços para fortalecer a regionalização do SUS.

O evento é um marco histórico na regionalização da saúde. Conseguimos reunir gestores, técnicos do Amazonas, Rondônia e Acre, para debater e avançar na superação dos desafios da saúde nesta região complexa e que as pactuações interestaduais são necessárias e urgentes para melhorar o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso território. Manoel Barbosa, secretário de saúde do município de boca do acre-am, o qual estava com presidente do Cosems-AM no período do congresso (Pessoa, 2023).

O Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Hisham Mohamad Hamida, destacou: “A construção de uma agenda tripartite entre os estados do Amazonas, Acre e Rondônia constitui passo fundamental para enfrentar as disparidades históricas entre o que é normatizado em portarias e as reais necessidades da população” (Pessoa, 2023). Sua fala reforçou o entendimento de que a regionalização deve estar vinculada à melhoria concreta das condições de trabalho dos gestores e trabalhadores da saúde, refletindo diretamente na qualidade do cuidado oferecido à população.

O “caminho das pedras” ou dos rios-regiões

As análises regionais evidenciam problemas estruturais comuns, incluindo o difícil acesso e integração territorial devido à predominância de deslocamentos fluviais e à precariedade das vias; carência de infraestrutura hospitalar e laboratorial, com insuficiência de leitos e fragilidade da rede de diagnóstico; oferta irregular de medicamentos e insumos estratégicos; dificuldade de fixação de profissionais; e desafios epidemiológicos específicos, como doenças tropicais e agravos relacionados ao desmatamento e condições precárias de saneamento (Garnelo, 2019).

A realização dos congressos proporcionou oportunidades para a construção de agendas conjuntas e o fortalecimento do protagonismo municipal, favorecendo maior equidade, resolutividade e sustentabilidade das políticas de saúde na Amazônia. O 1º Congresso no Rio Juruá teve como foco a comunicação entre municípios e os desafios relacionados aos sistemas de informação; o 2º Congresso no Alto Rio Solimões priorizou a saúde indígena e o atendimento de populações estrangeiras em região de tríplice fronteira; e o 3º Congresso do Rio Purus e Rio Madeira abordou o financiamento de regiões remotas e pactuações interestaduais para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Todos os congressos contaram com 100% de participação dos gestores municipais e resultaram em Cartas com reivindicações comuns: alto custo no abastecimento de vacinas, necessidade de financiamento diferenciado, fortalecimento da regionalização e pactuações interestaduais. Essas cartas sistematizam propostas construídas coletivamente e funcionam como instrumentos políticos e técnicos de defesa da regionalização, evidenciando o compromisso dos gestores com redes de atenção resolutivas e equitativas.

As discussões nos eventos permitiram abordar demandas antigas sem resoluções, introduzindo novos atores e soluções. Atualmente, os processos de

pactuação avançam: a Região do Rio Purus e Rio Madeira com Rondônia, e a Região do Rio Juruá com o Acre, visando a criação das primeiras regiões de saúde interestaduais. Além disso, a SES instituiu recursos para regionalização, e em 2024 os municípios começaram a receber vacinas via estados vizinhos, reduzindo em 80% as despesas com transporte de imunobiológicos.

Conclusão

A complexidade dos cenários amazônicos reforça a necessidade de fortalecer os mecanismos de cooperação regional para efetivar as diretrizes do SUS (Brasil, 1990b). Os congressos técnico-científicos promovem visibilidade das desigualdades regionais, favorecem a pactuação interfederativa em áreas limítrofes interestaduais e internacionais, estimulam soluções inovadoras alinhadas às especificidades territoriais e contribuem para consolidar redes regionais de atenção, fortalecendo a integralidade e a equidade no cuidado.

O Cosems-AM desempenha papel estratégico ao acompanhar de perto os gestores municipais, criando espaços de diálogo que viabilizam soluções para os desafios de fazer saúde em territórios remotos. A realização dos congressos evidencia a importância de articular diferentes atores para enfrentar as barreiras geográficas, logísticas e estruturais presentes na Amazônia.

Mais do que eventos institucionais, os congressos materializam a integração entre diferentes esferas de gestão, orientada pela equidade, pela integralidade e pelo fortalecimento da governança regional. A participação de secretários de saúde, equipes municipais, especialistas em sistemas de informação e técnicos do Cosems-AM assegura uma construção coletiva das agendas regionais, considerando as demandas locais.

Além disso, a articulação envolveu atores interfederativos de diversos órgãos e instituições, como Cosems de estados vizinhos, secretarias estaduais de saúde, Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), Fundações de


Vigilância em Saúde (FVS), Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Amazonas (NEMS-AM), Ministério da Saúde, Unicef, Conasems, membros do Legislativo e Executivo, promotores e Ministério Público. Essa convergência de especialistas em áreas remotas, possibilitando ouvir diretamente os representantes locais, é um diferencial essencial para o fortalecimento da regionalização do SUS na Amazônia.

Referências

- Amazonas, G. do E. (2012). *Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos do Município de Itamarati*. <https://www.sema.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/PMGIRS-ITAMARATI.pdf>
- Barbosa, B. de A., Pereira, C. da S., Reategue, G. G., Costa, J. P. O. da, & Veiga, W. P. da S. (2020). Uma análise do espaço geográfico da tríplice fronteira do Alto Solimões: Tabatinga-Am/Brasil, Leticia/Colômbia e ilha de Santa Rosa/Peru. *Revista Geopolítica Transfronteiriça*, 4(1), 121–135. <https://periodicos.uea.edu.br/index.php/revistageotransfronteirica/article/view/1709>
- Borges, N. L., & Franco, A. C. (2025). O DIREITO A SAÚDE E A JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. *LUMEN ET VIRTUS*, 16(48), 4684–4692. <https://doi.org/10.56238/levv16n48-009>
- Brasil. (1988). *Constituição da república federativa do Brasil*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
- Brasil, M. da S. (2023). *PROADI-SUS - Abrangencia e Números*. PROADI. <https://hospitais.proadi-sus.org.br/abrangencia-e-numeros>
- CONASEMS. (2017). *Estatuto do conselho nacional de secretarias municipais de saúde Conasems*. <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Estatuto-CONASEMS-Altera%C3%A7%C3%B5es-Grifadas.pdf>
- COSEMS. (2024, novembro 26). *Estatuto do conselho de secretarias municipais de saúde do Amazonas*. <https://cosemsam.org.br/wp-content/uploads/2024/12/Cosems.AM-Estatuto-Versao-Final-ATUALIZAO-E-APROVACAO-26-11-24.pdf>
- Garnelo, L. (2019). Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(12), e00220519. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00220519>
- Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS: Projeto Formação Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS*. (2021). Hospital Alemão Oswaldo Cruz.
- IBGE. (2022). *Cidades e Estados—Novo Aripuanã (AM)*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/>

novo-aripuana/panorama

- IBGE. (2025a). *Cidades e Estados—Borba (AM)*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/borba.html>
- IBGE. (2025b). *Cidades e Estados—Manicoré (AM)*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manicore/panorama>
- IBGE. (2025c). *Portal do IBGE*. <https://www.ibge.gov.br/cidades>
- Junior, S. R. G. de A., Mattos, L., Cruz, L. M., Lisboa, J., & Marinho, T. (2017). *30 anos: O acervo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde*. https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Livro_30Anos_web.pdf
- Kruger, T. (2023). Gestores municipais e o princípio da participação no SUS: Da democratização a tradução operacional da lei. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, (126). <https://doi.org/10.9732/2023.V126.822>
- Lei no 8.080/90, Lei 8.080/90 (1990). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lopes, M., & Noda, H. (2021). História Ambiental no Alto Solimões, Amazonas: Construções e (re)construções em comunidades indígenas e ribeirinhas a partir da dinâmica da vida e do trabalho. *Tellus*, 53–83. <https://doi.org/10.20435/tellus.v21i46.765>
- Padilha, F., Nunes, T. T., Alonso, M. S., Pupo, G., & Carvalho, M. (2025). Apoio Institucional como estratégia de aprimoramento da gestão em saúde: O caso dos apoiadores Cosems-Conasems. *Saúde em Debate*, 49(144), e9802. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449802p>
- Pessoa, M. (2023, novembro 26). Desafios da Saúde no Purus e Madeira é tema de Congresso Interestadual em Humaitá. *Agência Amazonas de Notícias*. <https://www.agenciaamazonas.am.gov.br/noticias/desafios-da-saude-no-purus-e-madeira-e-tema-de-congresso-interestadual-em-humaita/>
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. de S., Simões, A. L., Freitas, C. M., & Alves, V. de P. (2016). Território na Atenção Básica: Abordagem da Amazônia equidistante. Em *Intensidade na atenção básica: Prospecção de experiências ‘informes’ e pesquisa-formação (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde)—Volume 2* (1o ed.). Editora Rede UNIDA. <https://doi.org/10.18310/9788566659597>
- Silva, E. L. D. C., Roesler, M. R. V. B., & Feiden, A. (2025). POLÍTICAS AMBIENTAIS HIDRICAS E SUSTENTABILIDADE NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL, COLOMBIA E PERU NO ALTO RIO SOLIMÕES. *ARACÊ*, 7(7), 40362–40383. <https://doi.org/10.56238/arev7n7-299>
- Souza, L. S. de. (2024). *Acesso à saúde e em região de fronteira na Amazônia: Perspectivas de usuários do alto solimões*. <https://ri.uea.edu.br/handle/riuea/7208>
- Teston, L. M., Mendes, Á., Carnut, L., & Louvison, M. C. P. (2019). Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saúde em Debate*, 43(121), 314–328. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912102>



Entre Rios e Redes: O COSEMS tecendo a regionalização no Estado do Amazonas

Glauciane Marinho Feitoza
Rúbia Prestes Jacaúna
Liliam Rafaelle Souza da Silva
Caroline Soares Nobre

Introdução

A regionalização representa um dos pilares organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), concebida como mecanismo para assegurar a integralidade da atenção e favorecer o uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Desde os anos 1990, diversas normativas têm orientado sua consolidação, como a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que definiu as regiões de saúde como referência para a organização dos serviços, e o Pacto pela Saúde de 2006, que reafirmou essa diretriz como central para o sistema. Em 2011, o Decreto nº 7.508 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), formalizando a criação das Regiões de Saúde e destacando a relevância da governança interfederativa. Desse modo, a regionalização firmou-se como estratégia essencial para reduzir desigualdades e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde no Brasil (Brasil, 2011).

A regionalização da saúde é um dos pilares do SUS, sendo essencial para garantir o acesso equitativo e integral aos serviços. O Estado do Amazonas enfrenta desafios específicos devido às características geográficas,

demográficas e logísticas do território. A vasta extensão territorial, associada à baixa densidade populacional e à predominância de municípios de pequeno porte, impõe grandes dificuldades para a organização das redes de atenção. O transporte fluvial e aéreo como principais meios de deslocamento, aliado às longas distâncias entre os municípios e a capital, limita o acesso oportuno a serviços especializados e de alta complexidade. Essas características se somam às desigualdades sociais e de saúde, que tornam o processo de regionalização mais desafiador quando comparado a outras regiões do país (Amazonas, 2016).

A consolidação da regionalização no Amazonas requer uma atuação integrada entre União, Estado e municípios, sustentada por espaços de pactuação capazes de alinhar prioridades e estratégias. Em encontros recentes, como o *Acolhimento dos Gestores Municipais de Saúde* realizado em 2025, ressaltou-se a importância da governança tripartite para descentralizar serviços e ampliar a autonomia municipal, com destaque para a pactuação do financiamento da Média e Alta Complexidade e da assistência farmacêutica (Saúde-AM, 2025; Agência Amazonas, 2025a).

Nesse processo, instâncias como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) têm se afirmado como arenas estratégicas de decisão coletiva e de construção de soluções adequadas à realidade amazônica. Um exemplo recente é a negociação interfederativa com Rondônia, iniciada em 2024, voltada à organização do fluxo assistencial na calha do Madeira, de modo a reduzir distâncias e facilitar o acesso a serviços especializados (Agência Amazonas, 2025b). Tais experiências evidenciam a relevância de arranjos cooperativos entre diferentes níveis de governo para promover uma governança regional adaptada às especificidades territoriais do estado.

É relevante destacar a dependência da colaboração entre União, estados e municípios, que dividem responsabilidades na gestão e no financiamento da rede de serviços (Brasil, 2025a). Nesse processo, as instâncias de pactuação intergestores — como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e as Comissões Intergestores Regionais (CIRs)

— são fundamentais, funcionando como espaços de negociação, tomada de decisão e construção de soluções adaptadas às especificidades locais (Brasil, 2025b); CONASS, 2025; CONASEMS, 2025). Dentro desse contexto, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) desempenha papel estratégico, articulando os gestores municipais, promovendo a integração das políticas de saúde, fortalecendo a cooperação regional e consolidando a governança interfederativa no processo de regionalização (COSEMS/SP, 2025).

O CosemsAmazonas exerce papel político e técnico fundamental na defesa dos interesses dos municípios e na estruturação das regiões de saúde, atuando como mediador entre os gestores municipais e as esferas estadual e federal, além de oferecer capacitação e suporte técnico contínuo aos municípios (COSEMS/AM, 2025). Considerando as particularidades do território amazônico, como sua grande extensão, a dispersão populacional e as dificuldades de acesso, o CosemsAM se configura como um agente estratégico e ativo no processo de regionalização da saúde no Amazonas, promovendo soluções adaptadas às realidades locais e fortalecendo a governança interfederativa (COSEMS/AM, 2025; Kadri,2019).

A atuação do CosemsAM tem fortalecido o protagonismo dos gestores municipais, estimulando sua participação qualificada nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e apoiando pautas que reflitam as necessidades locais de forma efetiva. Entre os instrumentos que sustentam essa estratégia, destaca-se o Planejamento Regional Integrado (PRI), que tem promovido a reorganização da governança regional, com ênfase na valorização dos municípios e no fortalecimento das CIRs como espaços de decisão e articulação coletiva.

Esse processo tem sido conduzido de maneira pactuada entre a SESAM, o CosemsAM e os demais entes federativos. Apesar dos avanços alcançados, ainda persistem disparidades no funcionamento das CIRs: enquanto algumas realizam reuniões periódicas e estruturadas, outras se reúnem de forma esporádica, muitas vezes apenas em resposta a pautas emergenciais. Superar essas fragilidades é

fundamental para garantir que os serviços de saúde sejam oferecidos de maneira oportuna, eficiente e adequada às necessidades da população.

Dessa forma, o CosemsAM, ao exercer seu papel na regionalização da saúde no Amazonas, tem promovido a implementação de iniciativas estruturantes, como o Projeto PréCIR. Trata-se de uma ação territorial que busca preparar tecnicamente os gestores municipais e construir de forma colaborativa pautas regionais, considerando as especificidades de cada região do estado, com o objetivo de subsidiar a elaboração e a implementação do Planejamento Regional Integrado no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIRs).

O objetivo deste texto é apresentar o Projeto Pré-CIR como estratégia preparatória e formativa, no processo de regionalização da saúde no estado do Amazonas por meio da articulação e qualificação das instâncias de governança regional, com foco na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Metodologia

A condução deste estudo foi orientada por uma abordagem qualitativa e participativa, alicerçada no planejamento colaborativo, na articulação interinstitucional e na adaptação às especificidades territoriais do Amazonas. O processo metodológico estruturou-se em quatro componentes principais, integrando análise, planejamento e implementação de estratégias para o fortalecimento da regionalização em saúde:

1. Planejamento Estratégico Interno – A equipe técnica do CosemsAM, com o apoio do Conasems, realizou reuniões de alinhamento institucional, análise das diretrizes nacionais e estudo aprofundado das Regiões de Saúde do estado. Esta etapa possibilitou a definição de estratégias, a seleção de ferramentas de apoio técnico e o estabelecimento de prioridades de atuação para as nove regiões de saúde.

2. Diagnóstico Situacional com Foco nas CIRs – o diagnóstico avaliou aspectos como composição e funcionamento das comissões, articulação entre gestores municipais, capacidade técnica disponível, configuração da rede assistencial e desafios operacionais enfrentados. Este levantamento subsidiou a construção de ações alinhadas às demandas locais e à governança regional.

3. Mobilização Institucional e Articulação com Gestores – O CosemsAM promoveu o engajamento ativo dos secretários municipais em todas as etapas do processo, articulando-se com o Conasems, a SESAM e outras instituições parceiras. Essa estratégia reforçou as CIRs como espaços legítimos de pactuação e tomada de decisão coletiva, fortalecendo a governança regional.

4. Apresentação de Iniciativas Estruturantes – Projeto PréCIR
– Uma iniciativa territorial voltada para a capacitação técnica dos gestores municipais e para a construção colaborativa de pautas regionais. O projeto considera as particularidades de cada região do Amazonas, com o objetivo de subsidiar a elaboração e a implementação do Planejamento Regional Integrado no âmbito das CIRs.

Dessa forma, a metodologia adotada possibilitou uma compreensão aprofundada das dinâmicas de regionalização em saúde no Amazonas, integrando análise diagnóstica, planejamento estratégico, mobilização institucional e implementação de iniciativas estruturantes. Assim, o procedimento metodológico fornece subsídios sólidos para a análise dos resultados, permitindo interpretar os desafios e potencialidades da regionalização no contexto amazônico.

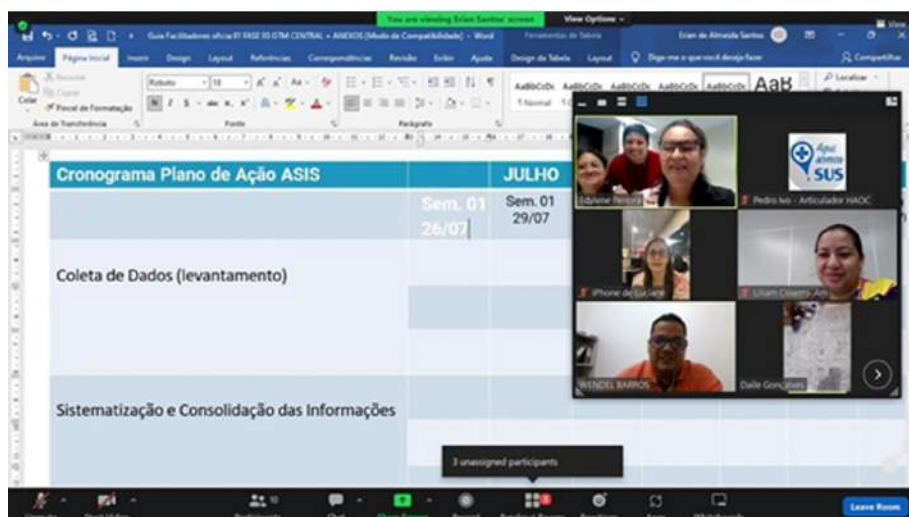
Resultados e efeitos para a regionalização no Amazonas

O Projeto Pré-CIR destacou-se como um modelo inovador na condução das CIRs, especialmente diante dos desafios específicos do território amazônico e do contexto adverso entre 2020 e 2022, marcado pela pandemia de Covid-19, pelas dificuldades de acesso e pelo período eleitoral.

Os resultados indicam que a atuação dos Apoiadores Regionais foi fundamental para a reestruturação das CIRs, promovendo maior regularidade nas reuniões e incentivando a participação efetiva dos(as) secretários(as) municipais de saúde e suas equipes técnicas. Esse engajamento contribuiu para qualificar a gestão municipal, fortalecer os processos de pactuação regional e melhorar a integração das redes de atenção à saúde. Esse achado é consistente com estudos que destacam que a presença de atores institucionais estratégicos é fundamental para consolidar processos de pactuação regional e integrar as redes de atenção à saúde, especialmente em contextos complexos como o Amazonas (Kadri, 2019; Shimizu et al, 2021).

Nesse contexto, o Projeto Pré-CIR contribuiu tanto para a capacitação técnica dos gestores quanto para a construção colaborativa de pautas regionais. Esse resultado dialoga com a literatura (Garnelo et al., 2017; Casanova et al., 2017) sobre regionalização, que enfatiza a importância de estratégias estruturantes e participativas para enfrentar desafios de governança e desigualdades territoriais na Amazônia Legal.

Figura 1. Registro fotográfico das reuniões com os secretários.



Fonte: Relatório Consolidado do Apoio – CONASEMS, 2025.

A análise da frequência das reuniões ordinárias evidencia avanços significativos entre 2023 e 2024, embora de forma desigual entre as regiões de saúde. Os avanços foram distribuídos da seguinte maneira: Baixo Rio Amazonas (91,67%), Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (79%), Médio Rio Amazonas (54,17%), Rio Juruá (50%), Triângulo (41,67%), Rio Purus e Alto Rio Solimões (33,33% cada), Rio Negro e Solimões (29,17%) e Rio Madeira (12,5%). Esses resultados indicam que, apesar do impacto positivo dos instrumentos de governança e planejamento, persistem desigualdades estruturais e barreiras logísticas que dificultam a implementação plena das CIRs, conforme observado em estudos sobre governança regional em saúde na Amazônia e no Brasil (Garnelo et al., 2017; Santos et al., 2020).

A implementação do Pré-CIR, embora tenha iniciado de forma desigual entre as regiões, já apresenta efeitos positivos na organização e efetividade das CIRs. Vale destacar que apenas a região do Baixo Rio Amazonas implantou o projeto em 2023, enquanto as demais regiões iniciaram sua implementação a partir do segundo semestre de 2024, em um contexto ainda de amadurecimento das metodologias e sensibilização dos atores envolvidos. Mesmo assim, os primeiros resultados são promissores: regiões que iniciaram o projeto recentemente já apresentam melhorias na regularidade das reuniões e maior capacidade de articulação regional, indicando o alto potencial do modelo. Isso confirma que, com investimento contínuo e acompanhamento sistemático, o Pré-CIR pode se consolidar como uma das estratégias mais exitosas de regionalização no estado.

Além disso, o projeto tem se mostrado essencial para:

- Reduzir a fragmentação das pautas regionais por meio de roteiros orientadores construídos coletivamente;
- Capacitar tecnicamente gestores e equipes locais, promovendo autonomia e decisões mais qualificadas;
- Estabelecer uma cultura de planejamento prévio, ampliando a resolutividade das CIRs e conferindo maior eficiência ao processo de pactuação.

A consolidação de agendas regionais permanentes de planejamento e gestão reforça, ainda, a continuidade das ações estratégicas, fortalecendo o compromisso com um SUS público, universal e eficiente. A experiência do Baixo Rio Amazonas, com taxa de realização de CIRs superior a 90%, ilustra o potencial do projeto para institucionalizar uma dinâmica mais propositiva, técnica e participativa nos territórios. A diferenciação temporal na implementação entre as regiões também oferece oportunidades para análises comparativas e lições aprendidas, permitindo observar como o projeto se adapta a contextos diversos, respeitando as especificidades logísticas, geográficas, culturais e políticas de cada região de saúde.

Em síntese, os resultados demonstram que:

- Mesmo em fase inicial, o Pré-CIR já impacta positivamente a organização das CIRs;
- Há potencial de expansão e consolidação, desde que haja continuidade do apoio institucional e investimento na qualificação das equipes locais;
- A estratégia apresenta-se com potencial para preencher um vazio histórico na organização técnica das pautas intergestoras regionais, superando uma lacuna que por anos dificultou o avanço do processo de regionalização no Amazonas.

Considerações Finais

A experiência conduzida pelo Cosems-AM demonstra que é possível avançar na regionalização do SUS no Amazonas, mesmo diante dos desafios impostos pela geografia, pela dispersão populacional, pelas dificuldades logísticas e, especialmente pelas questões políticas e de gestão. A combinação de planejamento técnico-estratégico, alinhamento às especificidades territoriais e atuação coordenada nas regiões de saúde tem permitido ao Cosems-AM

assumir um papel protagonista na organização e fortalecimento da gestão regional, articulando planejamento ascendente, suporte técnico do Conasems e uma governança coerente com os princípios do SUS.

O Projeto Pré-CIR destacou-se como instrumento central para o fortalecimento das CIRs, contribuindo para a consolidação de redes de atenção regionalizadas, dinâmicas e colaborativas. A adesão crescente dos gestores municipais e o reconhecimento do valor técnico das reuniões preparatórias evidenciam uma mudança de cultura institucional, com decisões mais qualificadas, coerência territorial e foco estratégico. Mesmo com implantação progressiva — iniciada em 2023 no Baixo Rio Amazonas e expandida às demais regiões em 2024 —, os efeitos positivos já são visíveis, mostrando o potencial do modelo para promover uma governança mais participativa e eficiente.

O engajamento dos secretários(as) municipais de saúde nas etapas prévias de construção das pautas regionais tem sido decisivo para qualificar o processo decisório nas CIRs. As reuniões preparatórias conferem maior densidade técnica, coerência territorial e foco estratégico às deliberações, refletindo diretamente na melhoria da regularidade e efetividade das reuniões ordinárias. Essa metodologia também tem contribuído para reduzir a fragmentação das pautas regionais, fortalecer a pactuação interfederativa e consolidar processos de planejamento participativo, aproximando os municípios e promovendo maior integração regional.

Os resultados alcançados reafirmam que a regionalização do SUS é uma prática dinâmica, construída de forma coletiva e territorializada. A cada nova região que adere ao Projeto Pré-CIR, evidencia-se a importância de ações cooperativas, contínuas e contextualizadas para superar desigualdades históricas, garantir equidade no acesso aos serviços de saúde e fortalecer a gestão colegiada. A experiência do Amazonas demonstra que, com planejamento técnico, integração interinstitucional e metodologias participativas, é possível construir uma regionalização efetiva, comprometida com a universalidade, a equidade e a qualidade do SUS.

Referências

- Amazonas. (2016). *Plano estadual de saúde do Amazonas 2016–2019*. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/pes_2016-2019_ver_ini.pdf
- Agência Amazonas. (2025a). *Governo do Amazonas e COSEMS reúnem secretários de saúde dos municípios em evento de alinhamento e discussão de políticas públicas*. <https://www.agenciaamazonas.am.gov.br>
- Agência Amazonas. (2025b). *Amazonas e Rondônia discutem a construção de pacto interfederativo de saúde*. <https://www.agenciaamazonas.am.gov.br>
- Brasil. (2011). *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2025a). *Comissões intergestores: CIT, CIB e CIR*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/gestao-do-suas/comissoes-intergestores-1>
- Brasil. (2025b). *Financiamento do Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2025/06/02-Financiamento-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf>
- Casanova, A. O., Cruz, M. M., Giovanella, L., Alves, G. dos R., & Cardoso, G. C. P. (2017). A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1209–1224. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>
- COSEMS-AM. (2025). *Relatório de atividades – 1º quadrimestre 2025*. <https://cosemsam.org.br/wp-content/uploads/simple-file-list/2025-Relatorio-de-Atividades-1o-Quadrimestre-2025-COSEMS-AM.pdf>
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. (2025). *COSEMS/SP tem papel estratégico na nova política de regionalização da saúde em São Paulo*. <https://www.cosemssp.org.br/noticias/cosems-sp-tem-papel-estrategico-na-nova-politica-de-regionalizacao-da-saude-em-sao-paulo/>
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (2025). *O apoio institucional como estratégia para o fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) nas regiões Norte e Nordeste*. https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/experiencias/651_o-apoio-institucional-como-estrategia-para-o-fortalecimento-das-comissoes-intergestores-regionais-cir-nas-regioes-norte-e-nordeste
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2025). *Comissão Intergestores Tripartite (CIT)*. <https://www.conass.org.br/cit/>
- Kadri, M. R. E. (2019). A regionalização da saúde: o caminho para o sus em todos os territórios?. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 15(33), 67-76. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153351677>
- Garnelo, L., Sousa, A. B. L., & Silva, C. de O. da. (2017). Regionalização em Saúde no

Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1225–1234. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>

Saúde-AM. (2025). *Regionalização da saúde é destaque na abertura de evento de acolhimento aos novos gestores municipais do setor*. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. <https://www.saude.am.gov.br>

Santos-Melo, G. Z. dos ., Andrade, S. R. de ., Meirelles, B. H. S., & Ortega, A. M. B.. (2020). Integration in health: cooperation at triple international border Amazon. *Revista de Saúde Pública*, 54, 05. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001306>

Shimizu, H. E., Carvalho, A. L. B. de ., Brêtas Júnior, N., & Capucci, R. R.. (2021). Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3385–3396. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019>

Imunização em uma reserva extrativista de Eirunepé (AM): vivências e desafios

Antônio Luiz de Souza Félix
Nataly Nascimento Rodrigues
Flávia Roberta Dias Coelho
Francisco Erleilson Ferreira Galdino
Lilliam Rafaelle Souza da Silva

Seguindo as curvas do Rio Juruá, onde as águas barrentas refletem o brilho esverdeado das matas formando uma floresta que reluz sua beleza, encontramos uma cidade enraizada no meio desse cenário de luzes e encantos, que surgiu da busca de pessoas vindas de outros estados a procura de trabalho, terras e riquezas. Uma cidade que já nasceu da luta de um povo trabalhador que encontrou nesse solo um lugar para chamar de seu, como nos traz os versos do cordel amazônico:

*[...] Vem nesse cordel de amor e fé
Navegar e se encantar [...]. Nessa viagem para Eirunepé
Pai, hoje estou seguindo seu legado, sou um caboclo abençoado
Eirunepé vou exaltar
Herdeiro da borracha, da seiva que jorra das matas
Minha história vou contar
Lá no Nordeste onde a seca castigava
eu deixei a terra amada avexado vim pra cá[...]
só a gente faz, as curvas do meu Juruá
despertam fascínio, encantam os olhos e a luz do luar
o sol raiando entre o açazeiro reflete a luz do canoeiro
na fé de São Francisco de Assis, cidade de povo feliz[...]*

Eirunepé – Cordel Amazônico
(G.R.C.E.S. A Grande Família, 2023).

Assim surgiu Eirunepé, afastado de grandes centros urbanos, que tem como sua característica principal o desafio da sua logística de acesso chegando a tornar-se uma aventura pelas águas do Rio Juruá, devido à distância da sede do município até a capital do estado ser de 1.245Km em linha reta e 3.448km por via fluvial até a capital (Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas, 2013).

Esse município localizado no Estado do Amazonas tem o tempo de deslocamento via fluvial que varia de acordo com o período sazonal das águas, durante a cheia dos rios, as viagens se tornam mais fáceis e curtas; e no período da seca, se torna ainda mais distante, visto que o percurso via fluvial estimado leva aproximadamente 30 dias durante a vazante e em torno de 15 a 22 dias durante a cheia até a capital. Consequente, existe pouca disponibilidade de barcos para viagens regulares entre essas cidades, tornando o acesso ao Estado do Acre mais viáveis e rotineiras, embora esse traslado seja de alto custo para a maioria da população residente nesse território (Lacerda & Situba, 2020).

Eirunepé tem 35.793 habitantes, dessa totalidade se estima-se que aproximadamente 30% estejam na zona rural divididos em 34 etnias indígenas, sendo a Kulina a etnia predominante, e entre a população ribeirinha espalhada por mais de 150 comunidades situadas nesta vasta extensão territorial de 14.966,241 km², onde a densidade demográfica é de 2,2 habitantes por km²(IBGE, 2022; Brasil, 2025).

Em meio a esse vasto território líquido e florestal está localizado um dos afluentes mais importantes do Rio Juruá, o Rio Gregório, no qual estão concentradas grande parte das comunidades ribeirinhas e terras indígenas. Pensando na conservação dessa área, em 2007, o Estado do Amazonas criou a Reserva Extrativista (Resex) do Rio Gregório (Amazonas, 2007). Desse modo, Aguiar et al. (2013) define que as Reservas Extrativistas, enquanto recente modalidade de Unidade de Conservação de Uso Sustentável, assumem importante papel na conservação dos recursos naturais associadas à participação interativa de populações tradicionais no processo.

Nesse território constam as populações tradicionais que enfrentam desafios logísticos, como longas distâncias, deslocamento fluvial, limitações de infraestrutura, cheias dos rios e estiagem, refletindo a necessidade de ações minuciosamente planejadas para garantir o direito e a oferta de serviços de saúde essenciais a essa população inclusive a imunização de todos esses municípios.

A equidade dos serviços garante acessibilidade dos usuários na região, considerando-se que existem limitações e características regionais (Assis & Jesus, 2012). Desse modo, a imunização é uma das estratégias mais eficazes de prevenção de doenças e promoção de saúde, especialmente em regiões de difícil acesso. Assim, a gestão municipal prioriza as ações de imunização na Resex do Rio Gregório que buscam ampliar a cobertura vacinal, com atualização das cadernetas de crianças, adolescentes, adultos e idosos, visando a promoção e prevenção a doenças, buscando melhoria das condições de saúde dos ribeirinhos.

As ações de imunização são acompanhadas por profissionais de saúde que garantem o atendimento às populações residentes em áreas de difícil acesso, muitas vezes distantes da sede municipal. Essa logística complexa exige elevado investimento financeiro, tanto para o deslocamento das equipes quanto para o transporte de insumos e vacinas. Para que tais atividades ocorram de forma eficiente, é indispensável a articulação entre as diferentes esferas governamentais — municipal, estadual e federal — assegurando o suporte técnico, financeiro e operacional necessário à execução das campanhas de vacinação (Lima, Neta, Ribeiro, 2025).

Além desses desafios estruturais, o fenômeno El Niño intensificou a estiagem na região amazônica, reduzindo drasticamente o nível dos rios em 2023 e 2024 (Souza et al., 2024). Essa condição climática agravou as dificuldades de transporte e acesso às comunidades ribeirinhas, exigindo decisões estratégicas imediatas do poder público. Diante da gravidade da situação, foi decretado estado de emergência ambiental, com a implementação da Operação Estiagem, voltada à priorização de ações humanitárias e de assistência às populações afetadas.

Nessa oportunidade, foram articuladas diversas iniciativas dentre diferentes entes nos territórios atingidos. Dentre estes, o Município de Eirunepé foi contemplado por ações interinstitucionais entre a Defesa Civil, juntamente com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS) e o Governo do Estado do Amazonas, que realizaram atividades conjuntamente nesse período (Defesa Civil do Amazonas, 2024).

Compreende-se que as ações de saúde voltadas a esse território exigem a consolidação de redes de atenção integradas, uma vez que os municípios, isoladamente, não dispõem de autonomia técnica nem de infraestrutura suficiente para atender às demandas existentes. Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer as experiências e percepções dos profissionais que atuam nesse contexto, a fim de compreender os desafios e as estratégias adotadas na oferta de cuidados.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo geral relatar as atividades desenvolvidas entre 2020 e 2024 voltadas à garantia da equidade das ações de imunização na área rural do município de Eirunepé, no Estado do Amazonas. Sendo os objetivos Específicos: descrever o território da Resex Rio Gregório e suas peculiaridades, dentro do contexto da área rural de Eirunepé- AM; discutir as atividades desenvolvidas na busca ativa voltadas à atualização da situação vacinal e às ações educativas, priorizando a divulgação da importância da vacinação e seus benefícios para a saúde nesse território; discutir os desafios e oportunidades de desenvolvimento de ações de saúde interinstitucionais em área ribeirinha do Amazonas.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de natureza qualitativa, construído a partir das narrativas produzidas por profissionais de saúde do município de Eirunepé. O recorte temporal abrange o período de 2020 a 2024, contemplando

atividades desenvolvidas em uma comunidade localizada em uma Reserva Extrativista (Resex). A coleta e a sistematização das informações ocorreram no contexto de ações interinstitucionais, o que possibilitou compreender os desafios e potencialidades da atenção à saúde em territórios amazônicos.

A escolha do delineamento qualitativo e do relato de experiência justifica-se pela relevância de descrever, interpretar e analisar práticas profissionais em contextos singulares, nos quais a vivência direta dos atores sociais constitui fonte essencial para a produção de conhecimento. Portanto, para desenvolver as atividades de imunização em áreas rurais, tem-se a necessidade de articular ações entre os diferentes atores no enfrentamento dos desafios do território de área rural, mais especificamente da Reserva Extrativista do Rio Gregório que iremos descrever a posteriori.

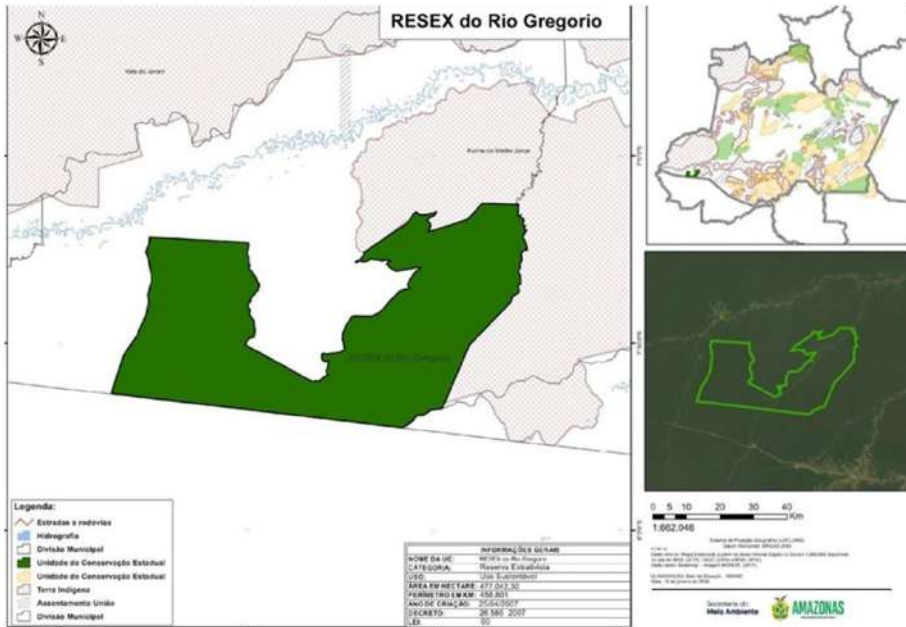
Navegando o Rio Juruá no Território do Rio Gregório

O Rio Gregório nasce no município de Tarauacá, no Acre, e deságua no Rio Juruá em Eirunepé, AM. A Foz do Rio Gregório dista a 255 km da sede do Município de Eirunepé, com a extensão de 350 km, sendo um território complexo, onde residem ribeirinhos distribuídos em comunidades, localidades e a comunidade indígena Kulina. A Resex do Rio Gregório foi criada pelo Decreto Nº 26.586 de 25 de Abril de 2007 pelo Governo do Estado do Amazonas. Localizada na bacia hidrográfica do Juruá, a unidade de conservação onde foram desenvolvidas as atividades estende-se entre os municípios de Eirunepé e Ipixuna delimitadas ao norte pela aldeia indígena das terras kulinhas na região do Médio Juruá e ao sul pela fronteira do Estado do Acre (Amazonas, 2007) (Figura 1).

O Rio Gregório é um rio de água branca afluente de uma porção média do rio Juruá, onde famílias descendentes de seringueiros que ocupam a região desde o período da expansão do ciclo da borracha, formando comunidades

e localidades. A principal atividade desenvolvida por essas famílias são: agricultura, caça, pesca, criação de animais domésticos e coletas de produtos extrativistas (Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Amazonas, 2023).

Figura 1. localização da Resex do rio gregório entre os territórios de Eirunepé e Ipixuna.



Fonte: SEMA, 2023.

As características dos rios da região, como o Juruá, são suas sinuosidades, dificultando o acesso devido a suas grandes curvaturas, o que poderia levar menos tempo em linha reta (Figura 2). O acesso é feito por via fluvial e o tempo de deslocamento depende do tipo de embarcação, como o batelão regional (Figura 3). Esse tipo de embarcação é utilizado em toda a bacia amazônica, tendo o fundo chato, geralmente utilizado para fins de comercialização de produtos (Marinha do Brasil, 2016). O percurso pelo rio Juruá, da sede do município até o rio Gregório, tem duração de aproximadamente dois dias. A esse trajeto somam-se mais dez horas de

navegação fluvial até a Resex, na comunidade Lago Grande, onde a equipe de saúde deu início às atividades.

Figura 2. Percurso no Rio Juruá até a comunidade da Resex no Amazonas.



Fonte: Google Maps, 2025.

Figura 3. Batelão utilizado na ação de saúde.



Fonte: Luiz, 2024.

Planejamento das ações de saúde no Rio Gregório

Mediante tantas características desse território, é necessário um planejamento prévio das ações, sendo articulado com outras instituições para alcançar os objetivos de assistência à saúde da população ribeirinha daquela localidade. Dentre as instituições, Fundação Amazonas Sustentável (FAS) é uma importante parceira na missão de levar saúde a população longínqua, a mesma desenvolveu atividades na Resex do Rio Gregório, que é uma área preservada no ano de 2022 a parceria entre a Prefeitura Municipal de Eirunepé, facilitando o acesso às comunidades e ampliando o cronograma de atendimentos.

Nesse mesmo ano, pactuou-se uma viagem a cada semestre com finalidade organizar o atendimento clínico e a vacinação para população ribeirinha, priorizando a busca ativa daquelas famílias que dificilmente se deslocam até a cidade e tem dificuldades financeiras em realizar esse traslado. Esses têm a possibilidade de realizar a atualização da caderneta de vacinação de todas as faixas etárias. Para que isso fosse possível, a Secretaria Municipal de Saúde de Eirunepé (SEMSA) organizou uma equipe de planejamento para definir rotas das viagens junto com os coordenadores da Atenção Primária à Saúde (APS), Programa Nacional de Imunização (PNI) e principais colaboradores para o levantamento das demandas. Resultando em um plano de ações estratégicas visando garantir a maior resolutividade da ação.

Mediante as dificuldades de acesso, o plano de ação é o guia para que os comunitários daquela região recebam de forma qualificada assistência à saúde de acordo com condições previstas como os níveis de cheia dos rios e igarapés (dezembro-maio) ou seca do rio (junho a outubro). Somente no período da cheia, a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) consegue adentrar nessa região, levando mais estrutura e ampliando o escopo de assistência. Em contrapartida, no período da estiagem, existem as dificuldades de acesso da

equipe e embarcações que devem ser menores para a viagem, revelando um leito cheio de pedras, sinuosos e árvores caídas, demandando de pessoas que tenham conhecimento da região.

No planejamento, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participam da reunião previamente e são informados sobre o roteiro de viagem e já ficam responsáveis por sensibilizar a população que será atendida. Durante a viagem, a equipe tem seus pontos de apoio definidos em comunidades-polo onde o acesso é facilitado para os moradores das adjacências. O atendimento coletivo pode ocorrer em rede de apoio em igrejas, escolas ou no próprio barco, acrescenta-se que uma equipe realiza a busca ativa da população mais isolada, entre eles, residências com idosos, deficientes e aqueles resistentes à vacina.

Após todo planejamento e caracterização da área de atuação da equipe, partimos para as especificações das vivências dos profissionais envolvidos nessa assistência. A equipe de saúde era composta por Médico, Enfermeiro, Técnico em Enfermagem, Vacinadores, ACS e equipe de borda como maquinista e cozinheiros, pessoas que deram apoio durante a viagem, para que a equipe pudesse atender toda a população

Como citado anteriormente, a navegação foi realizada através de um batelão (figura 3), que é um ponto crucial nesse contexto, abrigando todo o material de saúde necessários para a assistência como medicamentos, vacinas, papelaria (prontuário, receituários, solicitação de exames, caderneta de vacinação, caderneta de gestante e outros). Assim, serve literalmente como meio de navegação e ponto de apoio. Além dessa embarcação, contamos com uma embarcação tipo lancha de pequeno porte (figura 4), necessária para navegação rápida e adentrar locais onde o nível do rio está baixo, impossibilitando a entrada do batelão, tornando essa embarcação um ponto de apoio logístico para alimentação, descanso, higiene pessoal, funções administrativas e depósitos de materiais.

Figura 4. Lancha de pequeno porte utilizado na ação de saúde.



Fonte: Luiz, 2024.

Além do planejamento da viagem, ponto inicial de toda ação, descrito anteriormente, ao chegarmos na primeira comunidade, tivemos que traçar uma rota de atendimento desde o primeiro até o último dia de atendimento, cronograma esse que deveria ser seguido ao pé da letra, sem atrasos e sem falhas. Essa exigência deu-se pelo tempo, tínhamos estipulado uma viagem de 12 dias para atender todas as 28 comunidades da Resex.

O tempo de viagem definia toda viagem. Isso porque todos os recursos como gelo para conservar as vacinas, alimentação da tripulação, combustível e medicamentos, eram todos calculados para doze dias somente, ou seja, dias a mais que os definidos nos deixaram sem insumos para continuar ou até mesmo voltar à sede do município, a viagem necessita de agilidade e cumprimento do cronograma.

Definimos a estratégia logo na primeira comunidade de como atenderemos comunidades de maior população e de menor população. Em comunidade de maior população, definimos que a equipe ficará junta e formará um polo de atendimento central, onde comunidades menores

próximas irão até esse ponto para receber atendimento. Para comunidades de menor população e distantes das comunidades definidas como polo para os atendimentos, dividimos a equipe em duas, sendo: **Equipe 1:** 1 Médico; 1 vacinador; 1 ACS; **Equipe 2:** 1 Enfermeiro, 1 vacinador; 1 ACS

Essa estratégia possibilitou contemplarmos totalmente todas as comunidades pertencentes à Resex. A equipe tinha metas a serem cumpridas durante os dias, a mesma não poderia ser pendência no dia seguinte, o que atrasaria a viagem e comprometeria nosso tempo definido. Para alcançar as mesmas, a equipe só para o atendimento do dia depois de atender a última familiar definida como meta para aquele dia, mesmo que isso fosse às 21:00 horas, caso que ocorreu durante a viagem. Os atendimentos seguiram pela manhã até a última família do dia ser atendida, quando a equipe realizava uma pausa para alimentação, sendo necessário que os trabalhadores ficassem disponíveis todos os dias da atividade viabilizando o atendimento ininterrupto a todos os moradores.

Toda equipe estava envolvida e empenhada em dar o seu melhor, o que proporcionou um êxito nos atendimentos. O cansaço era vivido, porém superado e recompensado a cada paciente atendido, cada vacina realizada, com a certeza de que estávamos levando saúde para quem mais precisava, seguindo assim um dos mais nobres princípios do SUS, a Equidade. Os atendimentos eram focados na vacinação, guiados pelo que os indicadores de vacinação nos mostravam sobre aquela região, baixa procura para imunização, atraso do calendário vacinal e muitas pessoas com resistência à vacinação. Associamos a isso consultas médicas e de Enfermagem, visando os principais problemas de saúde pública dentre eles naquela região: parasitoses, diarreias, gravidez na adolescência, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. O ambiente de difícil acesso dificulta a realização dos exames laboratoriais e de imagem, por exemplo. Nesse contexto a clínica se faz soberana, como dizia Hipócrates.

Ações de imunização no contexto rural de Eirunepé e a operação gota

Mediante a dificuldade de consolidação de serviços de imunização de forma periódica, algumas iniciativas são importantes em territórios com características adversas dentre estas, existe a Operação Gota. Essa ação atende populações de difícil acesso em áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas, atuando em quatro estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas e Pará) (Brasil, 2025). Desde 1993 ocorre a Operação Gota em diversas localidades da região Norte, onde é de difícil acesso para viabilizar a imunização. Em 2020 essa operação foi realizada nos estados da região Norte disponibilizando vacinas e promovendo saúde (Brasil, 2020). No ano de 2021, Eirunepé foi um dos quatro municípios que tiveram apoio por transporte aéreo visando garantir a vacinação, onde 25 comunidades ribeirinhas e 35 etnias foram contempladas, 2631 pessoas foram atendidas em toda a região (Revista Força Aérea, 2021).

Portanto, os profissionais do município participaram em duas ocasiões, em 2020 e 2021. Nessa oportunidade, em que foi realizada no mês de maio de 2021 em parceria com o Exército Brasileiro, Força Aérea Brasileira, Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) e Prefeitura, onde foi atualizada a vacinação nas comunidades rurais, por aproximadamente 20 dias, levando imunização pelas comunidades ribeirinhas do município de Eirunepé.

Nessa conjuntura, o meio de transporte usado foi o helicóptero, que foi importante para a logística de acesso das equipes em diversas comunidades. O resultado dessa articulação interinstitucional refletiu-se em avanços significativos nos índices de vacinação. Em 2020, foram aplicadas 563 doses de imunizantes, enquanto em 2021 esse número aumentou para 745 doses, evidenciando a ampliação do acesso e da cobertura vacinal. Nesse período, as ações priorizaram a aplicação dos imunizantes contra a Covid-19, em consonância com as

diretrizes nacionais de enfrentamento da pandemia. Mediante a situação de pandemia, foram contempladas todas as comunidades, incluindo as indígenas e não somente da Resex do Rio Gregório. Essas ações como operação gota, não ocorrem todos os anos, mas são estratégias importantes para atingirmos um número maior de comunidades em um tempo mais curto.

Desafios de fazer imunização em Eirunepé

A execução de campanhas de imunização na região amazônica constitui um processo permeado por desafios logísticos e ambientais complexos, sobretudo em áreas de difícil acesso como o Rio Gregório. A expressiva distância entre as comunidades ribeirinhas e a sede do município, somada à baixa densidade populacional, torna o deslocamento das equipes uma atividade de elevada demanda temporal. O percurso fluvial, frequentemente marcado por elevada sinuosidade, exige planejamento minucioso para a chegada a localidades remotas, implicando repercussões diretas na conservação das vacinas e na manutenção da cadeia de frio, aspectos fundamentais para assegurar a eficácia imunológica.

Os obstáculos naturais presentes ao longo do curso do rio, tais como troncos submersos, galhos dispersos e formações rochosas, agravam a dificuldade de navegação e ampliam o risco de incidentes operacionais. Tais condições impõem a utilização de embarcações específicas e a necessidade de condutores com conhecimento aprofundado da dinâmica fluvial local. Quando associados à variabilidade climática e à ausência de pontos de apoio estruturados, esses fatores limitam a regularidade das campanhas de vacinação e elevam a vulnerabilidade das comunidades. Assim, a imunização nesse território transcende a dimensão biomédica, configurando-se como um fenômeno que integra determinantes geográficos, logísticos e socioambientais, demandando estratégias adaptadas às especificidades amazônicas.

A proximidade geográfica entre os municípios de Eirunepé e Ipixuna, delimitados pelas margens do Rio Gregório, configura um cenário singular para a organização dos serviços de saúde, visto que parte da população realiza acompanhamento em Ipixuna e outra parte busca assistência em Cruzeiro do Sul, no estado do Acre. Essa circulação de usuários entre os territórios fragmenta a cobertura vacinal e dificulta a consolidação dos índices de saúde. Diante desse contexto, torna-se imprescindível a formalização de pactuações intermunicipais que viabilizem a integração dos sistemas de informação e a unificação do registro vacinal, de modo a assegurar o alcance das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações e fortalecer a assistência às populações da Reserva Extrativista do Rio Gregório.

Adicionalmente, a rede de atenção ribeirinha enfrenta limitações operacionais relacionadas ao funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Expedito Barroso de Alencar, cuja atuação concentra-se majoritariamente no período do inverno amazônico, quando a navegabilidade é favorecida pelo aumento do nível dos rios. Entretanto, durante a estiagem, os afluentes da bacia do Juruá, como o Rio Gregório, apresentam significativa redução do volume hídrico, inviabilizando a entrada da embarcação em trechos mais estreitos. Esse cenário impõe restrições críticas justamente em um período em que os comunitários apresentam maior necessidade de atenção integral à saúde. Assim, a equipe multiprofissional é compelida a desenvolver mecanismos de adaptação e estratégias inovadoras para assegurar a continuidade do cuidado, garantindo o mínimo de dignidade e equidade no acesso à saúde.

Apoio interinstitucional em ações na Resex Rio Gregório

A Resex do Rio Gregório tem diversas peculiaridades que demandam de uma importante consolidação de estrutura de saúde visando o atendimento em saúde para seus moradores. Assim sendo, uma instalação de uma

Unidade Básica de Saúde localizada em uma das comunidades é estratégica para melhorar o acesso da população. Dessa forma, a comunidade do Ubim será contemplada com uma nova estrutura de saúde equipada com recursos tecnológicos e suporte para teleconsultas, além da presença de uma equipe fixa na região, o que contribuirá para ampliar a equidade na oferta dos serviços de saúde. A construção dessa unidade ocorrerá em parceria com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS) e incluirá uma lancha de saúde dotada de acesso à internet, facilitando a comunicação e o atendimento das 30 comunidades que compõem a Reserva Extrativista do Rio Gregório. Iniciativas como essa evidenciam o papel estratégico da FAS no fortalecimento das ações de saúde e infraestrutura comunitária em territórios amazônicos, especialmente em áreas ribeirinhas de difícil acesso, como o Rio Gregório.

Considerações Finais

A diversidade e imensidão geográfica das regiões de difícil acesso no Amazonas demandam de estratégias diversificadas na região para promover a saúde da população rural como a do Rio Gregório. Para ter êxito nesse território, deve-se ater a disponibilidade de recursos financeiros, estrutura física adequada e direcionada ao território, além de conhecimento local visando melhorar a qualidade e adesão da imunização na região.

O batelão é um meio de transporte fundamental para que todos sejam beneficiados na manutenção da equidade de acesso aos serviços de Saúde no Rio Gregório. Com o apoio da telessaúde que tem previsão de ser implantada pode auxiliar no acesso aos serviços mais especializados, no entanto, a aquisição de equipamentos para realização de exames pode melhorar o acesso de todos os moradores deste território. A formação de redes de saúde entre os municípios pode ser promissora para que os moradores sejam atendidos de forma mais abrangente.

Referências

- Amazonas. Secretaria de Estado do Meio Ambiente. (2007). *Decreto nº 26.586, de 25 de abril de 2007: Cria a Reserva Extrativista (Resex) do Rio Gregório, no Estado do Amazonas*. https://www.sema.am.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/Decreto_26.586_Criacao-Resex-do-Rio-Gregorio_25.04.2007.pdf
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos e avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865–2875. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Brasil. (2024). *Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024: Institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos*. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/114874.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Operação Gota: Mais de 20 mil serão imunizados na região Norte* (Atualizado em 10 de janeiro de 2023). Governo do Brasil. <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/operacao-gota-mais-de-20-mil-serao-imunizados-na-regiao-norte>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. <https://cnes.datasus.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Sistema e-Gestor Atenção Primária à Saúde*. <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>
- Defesa Civil do Amazonas. (2023, 15 de setembro). *Governador Wilson Lima decreta emergência ambiental e anuncia Operação Estiagem 2023*. <https://www.defesacivil.am.gov.br/governador-wilson-lima-decreta-emergencia-ambiental-e-anuncia-operacao-estiagem-2023/>
- De Aguiar, P. C. B., dos Santos Moreau, A. M., & de Oliveira Fontes, E. (2013). Áreas naturais protegidas: Um breve histórico do surgimento dos parques nacionais e das reservas extrativistas. *Revista Geográfica de América Central*, 1(50), 195–213.
- G.R.C.E.S. A Grande Família, Oliveira, M., Garcia, G., Vasconcelos, A., Dutam, M., Garcia, G., & Pelado Jr. (2023). *Samba-enredo 2023: Eirunepé, o cordel amazônico* [Gravação sonora]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=XXXXXX>
- IBGE (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. <https://www.ibge.gov.br/cidades>
- Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas. (2013). *Município de Eirunepé*. <https://www.idam.am.gov.br/municipio/eirunepe/>
- Lacerda, K. C., & Situba, N. S. (2020). Transporte fluvial e aéreo na Amazônia Legal: Um estudo de caso no município de Eirunepé (AM). *Geografia (Londrina)*, 29(2), 51–67. <https://doi.org/10.5433/2447-1747.2020v29n2p51>
- Lima, J. A., Neta, A. A., Assis, S. M. C., de Oliveira Rodrigues, B., & Ribeiro, H. (2025).

Access to vaccines in floodplains and hard-to-reach areas of the Brazilian Amazon: The contribution of street-level bureaucrats and the use of social technologies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(5), 680. <https://doi.org/10.3390/ijerph22050680>


Marinha do Brasil, Comando do 4º Distrito Naval. (2016, 7 de junho). *Regatão Batelão*. <https://www.marinha.mil.br/com4dn/regatao-batelao>

Revista Força Aérea. (2021, 1º de novembro). *Força Aérea Brasileira apoia Operação Gota no Amazonas*. <https://forcaarea.com.br/forca-aerea-brasileira-apoia-operacao-gota-no-amazonas/>

Secretaria de Estado do Meio Ambiente do Amazonas. (2023). *Programa Áreas Protegidas da Amazônia (ARPA): Termo de referência para contratação de consultoria pessoa jurídica para realizar a revisão e atualização do plano de gestão da Reserva Extrativista do Rio Gregório*. <https://www.sema.am.gov.br/reserva-extrativista-do-rio-gregorio/>

Souza, C. M., Jr., Marengo, J., Ferreira, B., Ribeiro, J., Schirmbeck, L. W., Schirmbeck, J., Hirye, M., Cunha, A., Wiederhecker, H. C., & Latuf, M. O. (2024). Amazon severe drought in 2023 triggered surface water loss. *Environmental Research: Climate*, 3(4), 041002. <https://doi.org/10.1088/2752-5295/ad7c71>

Terra Indígenas. (n.d.). *Terra Indígena Kulina do Médio Juruá*. Terras Indígenas no Brasil. <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/terras-indigenas/3739>



A Educação Permanente na prevenção de acidentes ofídicos em áreas remotas da Amazônia brasileira: relato de experiência no município de Ipixuna

**Edson Fidelis da Silva Júnior
Tharsis Santos Costa
Marluce Mineiro Pereira
Liliam Rafaelle Souza da Silva**

Passando pelas curvas estreitas do rio Juruá, onde suas águas barrentas escondem os mistérios de um povo amistoso e o encanto de uma população que se espalha ao longo desse percurso até a frente de uma cidade que retrata a tranquilidade entre suas palmeiras de boas-vindas: Ipixuna.

“No meio de florestas gigantescas
Te ergues pequenina e sobranceira
Oh crescente Cidade de Ipixuna
No rio Juruá na ribanceira.

Eia...Sus oh Ipixuna,
Te acompanha em fados mil
Pois se cresce o teu progresso,
É o progresso do Brasil

Dos municípios todos do Amazonas,
O mais distante és tu e, no entanto,
Pelo constante esforço de teus filhos
Teu desenvolvimento causa espanto.

Teu solo variado e sempre fértil
Vivo esperando o braço empreendedor
Para todos encher de ricos frutos
Pelo dever sublime do labor

Ninguém impedirá o teu triunfo
Pois teu povo é modesto e varonil
Segue o lema que é ORDEM E PROGRESSO
Para glória e grandeza do Brasil”
Hino da cidade de Ipixuna

Introdução

Ipixuna é um município do estado do Amazonas, localizado na calha do rio Juruá, faz fronteira interestadual com o município de Cruzeiro do Sul localizado no estado do Acre. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2025) o município tem população estimada de aproximadamente 25.629 habitantes. Com um território de 12.109,779 km², o município apresenta uma densidade demográfica de 2,01hab/km² (IBGE, 2025), refletindo os espaços florestais que se tornam vazios longitudinais entre uma família e outra reforçando as características regionais da população ribeirinha.

Parte da população reside na sede do município e outra, se estabelece nas áreas rurais, onde, de acordo com os dados recentes da defesa civil do município, vivem aproximadamente 8.256 habitantes que se caracterizam como população ribeirinha e indígena. Com forte presença dos povos Kulina/ Madiha e Kulina Pano a população indígena chega a aproximadamente a 1.400 habitantes (Ministério da Saúde/Datasus, 2025).

A estrutura dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no município é composta por 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Postos de Saúde e uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF). Totaliza 9 equipes de Saúde da Família (ESF), 1 equipe de Estratégia de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) ampliada com 4 pontos de apoio e 1 equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF). Todas as equipes são compostas médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, acs vacinadores, dentistas e 1 equipe e-Multi que conta com a presença de farmacêutico, psicólogo e nutricionista. A Rede de Atenção conta com serviços de urgência e emergência para remoções 24h e com o hospital Maria da Glória Dantas de Lima.

Para alcançar as populações do campo, da floresta e das águas a gestão municipal realiza um planejamento detalhado, observando as particularidades das comunidades e famílias mais isoladas, localizadas em cada afluente do rio, bem como, os períodos climáticos que resultam nas cheias e na seca das águas modificando o cenário de acesso às comunidades. Todo o território é coberto pelas ESF da Atenção Primária à Saúde (APS), e devem contar com a presença do técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), que devem preferencialmente residir na comunidade de abrangência de sua ESF (PNAB 2017). Para os casos de urgência e emergência são disponibilizados serviços de remoção de 24h para que pacientes com agravos sejam deslocados de suas comunidades, para unidade hospitalar de Ipixuna localizada na sede do município.

Os períodos climáticos norteiam o predomínio de agravos à saúde da população ribeirinha, que durante a cheia dos rios, fica mais vulnerável a acidentes ofídicos, onde o tempo é um determinante entre a vida e a morte do usuário. O padrão de atividade das pessoas e das serpentes podem estar relacionados com a intensificação de acidentes ofídicos durante a época cheia (Borges et al., 1999; Oliveira & Martins, 2001). No estudo de Borges et al., (1999), os autores chegam a tal conclusão através da análise de prontuários médicos de 34 municípios do Amazonas, do estudo de padrões de atividade

de *B. atrox* (jararaca-do-norte) e da análise de prontuários de acidentes envolvendo esta espécie no hospital de referência da cidade de Manaus (Oliveira & Martins, 2001).

Em junho de 2025 a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas iniciou um movimento de prevenção aos acidentes ofídicos e fez um alerta:

Com a cheia dos rios no Amazonas, é comum que animais peçonhentos se desloquem de habitats naturais em busca de abrigo, incluindo áreas residenciais. O que aumenta o risco de acidentes, principalmente, em áreas rurais e no interior do estado. O monitoramento de acidentes por animais peçonhentos é realizado durante todo o ano, mas os cuidados devem ser intensificados nos meses em que a cheia dos rios modifica a dinâmica das comunidades. No mês de maio, com o cenário de inundação em todo o estado, foram registrados 242 acidentes, sendo 56% causados por serpentes (FVS-RCP, 2025).

Os acidentes causados por picadas de cobras persistem como um problema de saúde pública negligenciado em países tropicais e subtropicais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO,2023), a cada ano, ocorrem cerca de 5,4 milhões de acidentes ofídicos, causando entre 1,8 e 2,7 milhões de casos de envenenamento, dos quais entre 81 e 137 mil resultam em mortes e aproximadamente 3 vezes mais levam a amputações e outras incapacidades permanentes.

Diante disso, em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluiu o ofidismo na lista de doenças tropicais negligenciadas (OMS, 2009). E no Brasil, no ano de 2010 foi incluído o agravo na Lista de Notificação Compulsória, onde a ficha de Investigação por acidentes peçonhentos o agravo é identificado no CID 10 sob o código X 29. No Brasil, ocorrem por ano aproximadamente 29.000 casos de acidentes ofídicos notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), dos quais, a Amazônia Brasileira, possui o maior quantitativo de registros de acidentes ofídicos por ano (Câmara et al., 2020).

O principal desafio em relação aos acidentes ofídicos na Amazônia é o tempo decorrido entre a picada e o atendimento médico qualificado, devido às características geográficas da região. A demora no acesso ao atendimento médico aumenta o risco de morte em casos de acidente ofídico na região Amazônica (Feitosa et al., 2015). A exemplo disto, narraremos brevemente um caso que correu em 2021. Um pescador casado, pai de 5 filhos, único provedor de renda da família, saiu de casa preparado para mais um dia de pesca quando foi picado por uma cobra do gênero *bothrops* durante a atividade. Deu entrada na unidade hospitalar de Ipixuna 24h após a picada, apresentando manifestações locais e sistêmicas. O médico cirurgião realizou fasciotomia¹ e foram administradas 12 ampolas de soro. Após 15 dias sob os cuidados da equipe médica, a vítima receberia alta no dia seguinte, pois, não havia queixa de desconforto e no local do ferimento já havia sinais de cicatrização. Ainda no hospital, ao levantar-se para ir ao banheiro, a vítima apresentou hipotensão ortostática e desmaiou. A equipe informou ao médico plantonista que o paciente estava desacordado e foi identificado quadro de parada cardiorespiratória. Deram início aos procedimentos de reanimação cardiopulmonar dentro do protocolo, mas a vítima veio a óbito. Como comunicar a esposa que se marido que estava prestes a receber alta, agora está morto? No mesmo momento, um sentimento de impotência e tristeza me tomou conta especialmente por assistir a dor da perda familiar causada por um agravo tratável e curável, mas, que ainda leva muitas pessoas a óbito na Amazônia.

Os municípios remotos da Amazônia enfrentam dificuldades na permanência de profissionais médicos devido a carência de suporte clínico, capacitação e salário (Machado et al., 2019). A partir das mudanças ocorridas em 2021 no corpo administrativo do hospital municipal, a contratação de médico clínico e especialistas, bioquímico, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e considerando a incidência de casos, identificadas pelo gesto hospitalar acreditamos ser de fundamental importância a realização da

¹ Em caso de acidente ofídico a fasciotomia caracteriza-se em uma cirurgia de emergência realizada para tratar a síndrome compartimental aguda, que pode ocorrer devido ao inchaço causado pelo veneno.

Educação Permanente abordando o diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos, ao corpo clínico das unidades hospitalares de municípios isolados do Amazonas, a fim de oferecer segurança e qualidade nos atendimentos. A Educação Permanente em Saúde constitui-se em um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, com vistas à construção de uma saúde voltada aos seus usuários e valorização dos atores sociais do trabalho (Brasil,2004).

Ao recordar algumas experiências com pesquisadores da Fundação de Medicina Tropical – Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) sediada em Manaus/AM, a gestão hospitalar buscou parceria com o grupo de Pesquisa Clínica em Envenenamento por Animais (CEPCLAM) da FTM-HDV, para ofertar capacitação ao corpo clínico do hospital. Por fim, nesse relato de experiência objetivamos narrar a vivência de uma ação de Educação Permanente em Saúde, ofertada aos profissionais da unidade hospitalar de Ipixuna visando a realização do manejo em caso de acidentes ofídicos a partir de um protocolo clínico.

Resultados e Discussão

Após o aceite alinhamento de agendas com o CEPCLAM, o treinamento foi marcado para o mês de julho de 2021. O público-alvo envolveu profissionais da Atenção Primária, vigilância em saúde, saúde Indígena e profissionais que atuavam na unidade hospitalar. O curso objetivou avaliar administração do soro antiofídico de acordo com a espécie da cobra, incentivar o preenchimento da Notificação de acidente ofídico e identificar o manejo clínico correto dos acidentes ofídicos.

O curso teve a duração de 2 dias/aula com abordagem teórica/prática, além do momento para sanar as dúvidas. Os participantes foram sensibilizados em relação a importância da entrevista junto à vítima de acidente ofídico,

momento em que se identifica o local da picada, para proceder com o manejo clínico correto. A classificação clínica do envenenamento pode ser considerar leve, moderada e grave ou picada seca, e para cada tipo, há uma quantidade específica de ampolas do antiveneno a serem administradas. A tabela abaixo indica a quantidade adequada de ampolas antiveneno para cada classificação.

Tabela 1. Tratamento com antiveneno a partir da classificação diagnóstica.

Gravidade	Nº de ampolas
Leve	2-4 ampolas
Moderado	4-8 ampolas
Grave	pode exigir número maior, dependendo de complicações clínicas

Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

De acordo com o “Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos”, ao primeiro contato com a vítima é necessária a avaliação inicial e primeiros socorros, conforme indica tabela a seguir.

Tabela 2. Protocolo clínico para manejo de vítimas de acidente ofídico.

Etapa	Procedimento / Conduta	Fonte / Referência
1. Avaliação inicial e primeiros socorros	Identificação epidemiológica e situação do acidente: local, espécie suspeita (se observada ou trazida a foto/parte), horário da picada.	Serviços e Informações do Brasil (Ministério da Saúde, 2024)
	Manter calma a vítima; evitar atividade física para diminuir a disseminação do veneno.	OUP Academic (2023); Organização Mundial da Saúde (2024)
	Remover objetos apertados (joias, anéis, relógios, roupas apertadas) da parte atingida, pois pode haver edema.	Organização Mundial da Saúde (2024)
	Imobilizar o membro afetado e mantê-lo em posição funcional (abaixo do nível do coração ou no mesmo nível se não houver risco de edema grave).	OUP Academic (2023); Ministério da Saúde (2024)
	Realizar transporte rápido para unidade de saúde com capacidade de definir gravidade, monitorar e aplicar antiveneno.	Ministério da Saúde (2024)

Etapa	Procedimento / Conduta	Fonte / Referência
2. Diagnóstico clínico e classificação	Diagnóstico clínico-epidemiológico: baseado nos sinais/sintomas e contexto. Exames laboratoriais de suporte: tempo de coagulação, hemograma, função renal.	Ministério da Saúde (2024)
	Classificação de gravidade do envenenamento: leve, moderado ou grave, considerando sinais locais (edema, dor, necrose) e sistêmicos (hemorragia, choque, insuficiência renal etc.).	Ministério da Saúde (2024)
3. Tratamento	Antiveneno: tratamento específico, quando indicado, administrado em ambiente hospitalar sob supervisão médica.	Ministério da Saúde (2024)
	Quantidade de ampolas recomendada conforme gravidade e tipo de serpente (grupos botrópico, crotálico, laquético, elapídico). Exemplo: acidentes botrópicos – 2 a 8 ampolas.	Ministério da Saúde (2024)

Fonte: Ministério da Saúde, 2024.

A abordagem sobre preparação e administração do antiveneno de maneira correta, esclarecimentos acerca de reações adversas e como conduzir cada caso, assegurou à equipe de enfermagem a segurança necessária em relação ao manejo clínico. Também foram abordados temas voltados à realização do exame, tempo de coagulação, os cuidados realizados no local da picada, a administração correta de medicamentos na pré-soroterapia, a qualificação das informações no preenchimento da notificação, o recebimento e armazenamento do antiveneno e alta hospitalar e seu acompanhamento ambulatorial.

Ressaltamos que em relação à notificação de acidente ofídico² o formulário de Notificação de Acidente Ofídico contém todas as informações que facilitam a condução do caso. Antes da capacitação, o preenchimento das notificações era realizado sem qualidade na informação. Pois, somente era contabilizada a quantidade de ampolas utilizadas para prestação de contas e solicitação de um novo estoque. No treinamento foi ressaltada a importância da qualidade das informações coletadas para preenchimento correto da

2 Registro oficial obrigatório de todo caso de envenenamento causado por serpente peçonhenta.

Notificação e monitoramento dos indicadores. Foi possível identificar com o treinamento que outros animais peçonhentos poderiam ser notificados e partir disto, observarmos a existência acidentes no município, causados por tipos de animais peçonhentos.

No que se refere à soroterapia em vítimas acometidas por picada de cobra, o reconhecimento das características das principais serpentes (espécie suspeita), sobretudo as que vivem na região, torna-se uma importante ferramenta para os profissionais que lidam rotineiramente com acidentes ofídicos. Compreender a clínica do envenenamento junto à epidemiologia da região é fundamental no diagnóstico para administração correta do antiveneno. Pois, a espécie pode pertencer a diferentes gêneros como *Bothrops atrox*, conhecida em Cruzeiro do Sul no Acre como surucucu e em Ipixuna como jararaca. Atualmente na anamnese as perguntas feitas às vítimas, consideram: 1- onde a vítima se encontrava quando foi picado pela cobra e 2- qual atividade estava realizando quando foi picada (Waldez & Vogt, 2009).

Tais informações são fundamentais para compreender a epidemiologia da região, evitando desperdício de soro e diminuindo a permanência do paciente no hospital. Outra questão relevante para conduta clínica diz respeito aos sintomas, que podem ser: locais (na região da picada) e sistêmicos (que afetam o corpo todo), que variam conforme o tipo de serpente. No caso de acidentes, acidentes botrópicos e laquéticos, predominam edema, dor e inflamação local intensos, enquanto nos acidentes crotálicos e elapídicos, o quadro local é geralmente discreto, com predomínio de manifestações sistêmicas (Gutiérrez et al., 2017). Cabe ressaltar que a qualificação dos acidentes ofídicos depende de ferramentas de monitoramento e rastreabilidade das informações está diretamente relacionada às orientações do Ministério da Saúde sobre Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Brasil, 2024).

Conclusão

Após o treinamento os profissionais relataram sentir mais segurança para a condução dos casos de acidentes ocorridos por picada de cobra. Levando em consideração a melhoria do atendimento, foi implantado na unidade hospitalar do município, um serviço multidisciplinar no atendimento aos acidentes ofídicos onde contamos com profissionais que participaram do treinamento como bioquímico, enfermeiro, médico clínico e cirurgião quando é necessário a intervenção. Com a implantação do Protocolo Sistema de Assistência às Vítimas de Envenenamento -SAVIN, o diagnóstico e classificação clínica do envenenamento, administração correta do soro antiveneno e a qualificação do manejo clínico dos acidentes ofídicos, melhoram os atendimentos.

Todos os acidentes causados por cobras ou animais peçonhentos são notificados pelos profissionais de saúde e encaminhados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Atualmente os acidentes ofídicos no município de Ipixuna são tratados com maior qualidade, garantindo o direito do usuário o acesso a profissionais experientes e treinados. Como o soro fica centralizado na unidade hospitalar devido as características térmicas do imunobiológico, todos os usuários que sofrem acidentes por animal peçonhento devem se dirigir a unidade hospitalar, no menor tempo possível, a fim de ser atendido pela equipe capacitada, e assim evitar o agravamento.

Considerando-se que antes da capacitação, o conhecimento era centralizado no médico, porque a equipe não tinha conhecimento técnico para conduzir o manejo clínico dos casos, na ausência deste profissional, o treinamento proporcionou a implantação do protocolo SAVIN e conseqüentemente a erradicação de óbitos causados por acidente ofídico.

Como a maioria dos acidentes ocorrem em zona rural, se faz necessária uma revisão do cenário para oferta de tratamento com a descentralização do soro antiveneno em localidades que possam ter a

condução do atendimento por profissionais de nível superior, com estrutura física para armazenamento deste imunobiológico. Essa estratégia deve ser ampliada através de treinamento e palestras para equipes que atuam nas áreas ribeirinhas, corroborando com as estratégias preconizadas pela OMS, para redução do número de acidentes ofídicos.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº 198 GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf&ved=2ahUKEwiOqJ2A3dORAxWckZUCHd4RBhgQFnoEC CIQAQ&usq=AOvVaw0qQp5qbq3BJHxCry-7NUbz>. Acesso em 25, set, 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-diagnostico-e-tratamento-de-acidentes-por-animais-peconhentos.pdf>. Acesso em 21, set, 2025.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*. https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
- Ministério da Saúde. (2024). *Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS*. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em 25, set, 2025.
- Borges, C. C., Sadahiro, M., & Santos, M. C. dos. (1999). Aspectos epidemiológicos e clínicos dos acidentes ofídicos ocorridos nos municípios do Estado do Amazonas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 32(6), 637–646.
- Câmara, O. F. et al. (2020). Envenenamentos ofídicos em uma região da Amazônia Ocidental Brasileira. *Journal of Human Growth and Development*, 30(1), 120.
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto. (2025, June 10). *Operação Cheia 2025: FVS-RCP alerta para prevenção de acidentes por animais peçonhentos no Amazonas*. https://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/8909.
- Feitosa, E. L., Sampaio, V. S., Salinas, J. L., Queiroz, A. M., da Silva, I. M., Gomes, A. A., Sachtet, J., Siqueira, A. M., Ferreira, L. C. L., dos Santos, M. C., Lacerda, M. V., & Monteiro, W. (2015). Older age and time to medical assistance are associated with severity and mortality of snakebites in the Brazilian Amazon: A case-control study. *PLoS ONE*, 10(7), Article e0132237.

- Gutiérrez, J. M., Calvete, J. J., Habib, A. G., Harrison, R. A., Williams, D. J., & Warrell, D. A. (2017). Snakebite envenoming. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, Article 17063.
- Machado, M. H., Lima, L. D., & Viana, A. L. d'A. (2019). Desafios da fixação de profissionais de saúde em áreas remotas da Amazônia Legal. *Revista de Saúde Pública*, 53, Article 1.
- Oliveira, M. E., & Martins, M. (2001). When and where to find a pitviper: Activity patterns and habitat use of the lancehead, *Bothrops atrox*, in central Amazonia, Brazil. *Herpetological Natural History*, 8(2), 101–110.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (n.d.). *Snakebite*. https://www.who.int/health-topics/snakebite#tab=tab_1.
- Waldez, F., & Vogt, R. C. (2009). Aspectos ecológicos e epidemiológicos de acidentes ofídicos em comunidades ribeirinhas do baixo rio Purus, Amazonas, Brasil. *Acta Amazônica*, 39(3), 681–692.
- WHO. World Health Organization. (2023). *Snakebite envenoming*. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/snakebite-envenoming>.



Integração Digital no SUS: a experiência de Itacoatiara no cuidado a crianças com TEA

Paulo Cesar Martins dos Santos Junior
Júlio Cesar Schweickardt
Dario Saraiva de Aguiar

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) historicamente enfrenta o desafio da fragmentação entre seus níveis de atenção, com destaque para a desconexão entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Especializada. Essa lacuna assistencial repercute diretamente na qualidade dos serviços ofertados aos usuários, em especial àqueles com condições crônicas que demandam acompanhamento longitudinal e multiprofissional, a exemplo das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Diante desse cenário, a integração de sistemas de informação em saúde consolida-se como uma estratégia fundamental para viabilizar a coordenação do cuidado, elevar a qualificação do atendimento e ampliar a eficiência dos processos de trabalho.

Itacoatiara, segundo município mais populoso do Amazonas, caracteriza-se por sua extensa área territorial e pelos desafios logísticos e de acesso inerentes à região Norte do Brasil. Anteriormente à experiência relatada, o fluxo de encaminhamento para o Centro de Referência do Autismo era marcado por longos prazos de espera, desorganização no processo de triagem e carência de informações prévias para os especialistas, fatores que resultavam em consultas pouco resolutivas e elevados índices de insatisfação entre as famílias.

A implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2024, concomitantemente à adoção do PEC na atenção especializada, criou um ambiente tecnológico favorável à integração. Contudo, a simples disponibilidade desses sistemas não era suficiente para assegurar a continuidade do cuidado. Tornou-se necessária, portanto, uma intervenção intencional capaz de conectar esses pontos, estabelecendo um fluxo informacional que valorizasse tanto a dimensão clínica quanto o acolhimento.

Nesse sentido, a experiência, aqui relatada, adquire relevância não apenas pelos avanços nos desfechos clínicos, mas também pelo seu potencial de replicação em outros contextos da saúde pública que enfrentam desafios análogos. Objetivamos, assim, contextualizar a proposta no cenário da saúde pública itacoatiarense e amazonense, apresentar o arcabouço tecnológico empregado, e evidenciar a importância da atuação intersetorial no cuidado a crianças com TEA, além de fundamentar a possibilidade de reprodução da iniciativa em outros municípios de perfil semelhante.

O caso de Itacoatiara evidencia, portanto, que a integração de tecnologias digitais acessíveis e a reorganização intencional dos fluxos assistenciais são viáveis e transformadoras. Mais do que superar barreiras operacionais, a experiência demonstra a possibilidade concreta de construir um cuidado contínuo, humanizado e centrado no usuário, mesmo em contextos com significativos desafios estruturais. Ao aliar inovação tecnológica à escuta qualificada e ao trabalho multiprofissional articulado, a iniciativa não apenas elevou a qualidade do atendimento prestado a crianças com TEA e suas famílias, mas também oferece um modelo replicável e adaptável para outros municípios brasileiros. Esta experiência serve como um potente exemplo de que, com gestão criativa e compromisso com a integralidade, é possível transformar realidades e fortalecer o SUS como um sistema verdadeiramente conectado e resolutivo.

Sistema Único de Saúde: fundamentos, desafios e perspectivas de inovação

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas da sociedade brasileira no âmbito da saúde pública. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS surgiu em resposta a uma demanda histórica por acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Antes de sua implementação, o Brasil vivia um cenário de profundas desigualdades no acesso a cuidados médicos, onde a saúde era majoritariamente oferecida por meio de instituições privadas ou filantrópicas, deixando uma parcela significativa da população sem cobertura adequada (Romero, 2018).

A trajetória que culminou na criação do SUS é marcada por diversos eventos históricos e movimentos sociais que influenciaram a estruturação da saúde pública no Brasil. Desde o início do século XX, o Brasil enfrentava grandes desafios sanitários, como epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica. A resposta a essas crises, no entanto, foi fragmentada e muitas vezes limitada às grandes cidades, refletindo as desigualdades regionais e socioeconômicas (Foratori-Junior, 2021).

Os sistemas de atenção à saúde apresentam, em todo o mundo, problemas constantes de efetividade, eficiência, qualidade e equidade. Isso decorre de muitos fatores, mas a extrema complexidade das organizações sanitárias e suas singularidades repercutem em sua governança e são, em grande parte, responsáveis por esses problemas (Mendes, 2019).

O Brasil tem um Sistema Nacional de Saúde, público e universal, denominado SUS, resultado da luta pela redemocratização do País, que traz em seu arcabouço legal importantes elementos como o conceito amplo de saúde, ao considerar os aspectos socioambientais e o entendimento que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado (Paim et al., 2011). A continuidade do SUS como um sistema universal e gratuito exige não

apenas a preservação de seus princípios fundamentais, mas, sobretudo, uma capacidade constante de adaptação e inovação para acompanhar as mudanças sociais, econômicas e demográficas do Brasil. Para que o SUS continue cumprindo sua missão de oferecer saúde a todos, com equidade e eficiência, é necessário um compromisso firme com a gestão qualificada e a formulação de políticas públicas que atendam tanto às demandas imediatas da população quanto às necessidades futuras, em um cenário de transformações e desafios.

Esse processo de adaptação implica em investir na formação contínua dos profissionais de saúde, incorporar novas tecnologias que ampliem o acesso e a qualidade dos serviços, e promover uma distribuição equitativa dos recursos, especialmente nas regiões mais vulneráveis. Somente com uma visão estratégica e sustentável, o SUS poderá consolidar-se como um verdadeiro pilar de justiça social, garantindo o direito à saúde de maneira integral e digna para todos os brasileiros, sem distinção (Oliveira, 2021).

O Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista: Abordagem Multiprofissional e Rede de Atenção no SUS

O transtorno do espectro autista (TEA) é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por manifestações comportamentais acompanhadas por déficits na comunicação e interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados e um repertório restrito de interesses e atividades. As anormalidades no desenvolvimento também são características do autismo, as quais podem ser detectadas nos primeiros três anos de vida e persistir até a idade adulta. Apesar da relevância, a etiologia do TEA ainda permanece desconhecida. Acredita-se que seja multifatorial, associada a fatores genéticos e neurobiológicos, isto é, anomalia anatômica

ou fisiológica do sistema nervoso central, problemas constitucionais inatos e interação entre múltiplos genes (Schmidt & Bosa, 2003).

O autismo é um tipo de transtorno global do desenvolvimento de maior relevância devido a sua elevada prevalência. Dados epidemiológicos mundiais estimam que um a cada 88 nascidos vivos apresenta TEA, que acomete mais o sexo masculino. No Brasil, em 2010, estimava-se cerca de 500 mil pessoas com autismo (Barbosa & Fernandes, 2009). No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2013 a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA, com vistas a orientar os profissionais de saúde, bem como os parentes, a fim de auxiliar na identificação precoce do autismo em crianças de até três anos (Brasil, 2013).

O cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) deve considerar não apenas suas necessidades relacionadas ao espectro, mas também o acesso e o manejo adequados de outras condições de saúde. É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para acolher e atender essas pessoas de forma integral, respeitando suas especificidades e promovendo uma experiência de cuidado humanizada, segura e livre de condutas discriminatórias. Nesse contexto, o letramento em saúde torna-se essencial para garantir que pessoas com TEA e seus cuidadores compreendam informações relacionadas ao tratamento, promovendo a adesão às terapias propostas e para a tomada de decisões informadas. Ferramentas de comunicação claras e acessíveis, adaptadas às necessidades da pessoa, são indispensáveis para reduzir barreiras e promover a equidade no cuidado, como a Telessaúde, que por meio de tecnologias de informação e comunicação, torna possível promover atendimentos, orientações, capacitações e monitoramentos clínicos de forma remota, garantindo continuidade do cuidado, apoio às famílias e articulação entre os níveis de atenção em saúde, especialmente em regiões de vazios assistenciais ou com escassez de profissionais especializados (Brasil, 2025).

Apesar das políticas públicas decretadas a favor das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), essas crianças ainda enfrentam

inúmeras dificuldades em identificar, mesmo após anos, qual é seu “lugar” na rede de cuidados nos sistemas públicos em saúde, haja vista as discussões sobre este tema internacionalmente sem um consenso. Garantir direitos conquistados e espaços ainda é um desafio a ser enfrentado por esta população. É fundamental que cada ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se responsabilize em oferecer possibilidades de acesso e diferentes modalidades de cuidado para compreender e responder às necessidades das pessoas com TEA em seus contextos de vida (Fernandes et al., 2020).

Os serviços preconizados como referência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento do TEA abrangem o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro Especializado em Reabilitação (CER), assim como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) na ordenação do cuidado. A articulação destas unidades, tanto entre si quanto com os demais níveis do sistema de saúde e áreas correlatas formam a rede intersetorial necessária para a integralidade das demandas (Delfini & Reis, 2012).

Saúde Digital no SUS: Estratégias, Integração e Desafios Contemporâneos

A saúde digital é apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um campo de conhecimento e prática associada com o desenvolvimento e uso de tecnologias digitais na saúde. Ainda, a saúde digital é entendida como mais abrangente se comparada à sua predecessora saúde eletrônica (OMS, 2021).

O Ministério da Saúde (MS), inspirado pela OMS, passou a promover uma Estratégia de Saúde Digital saúde digital, a partir de 2019, como atualização de ações precedentes. Com base nesta iniciativa política, o MS empreendeu ações nacionais, tais como o Programa Conecte SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde. Ademais, o MS propôs uma revisão da Política Nacional de

Informação e Informática em Saúde (PNIIS) para incorporar a saúde digital. A Estratégia Brasileira de Saúde Digital, contudo, ainda não foi devidamente analisada para se compreender seus efeitos e seus limites (Brasil, 2020).

A implementação da saúde digital constitui um enorme desafio para a Saúde Coletiva, sendo urgente ampliar o debate sobre os impactos mais imediatos das tecnologias digitais nesse setor. Assim, este trabalho tem por objetivo avaliar a saúde digital como fragmento de aspectos mais amplos da digitalização do próprio estado, assim como compreender possíveis mudanças na relação entre Estado e sociedade. A hipótese que se adota no presente trabalho é a de que a digitalização promove uma reorganização do Estado advinda de reformas neoliberais com vistas a um formato aderente à plataformização (Rachid et al, 2023). No contexto brasileiro, a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 estabelece diretrizes nacionais para a transformação digital do SUS, visando ampliar o acesso, melhorar a qualidade e aumentar a eficiência dos serviços de saúde.

No SUS, há uma grande expectativa quanto ao potencial da saúde digital para superar limites e gargalos históricos, além das possibilidades de avanços diante de desafios atuais, incluindo aqueles relacionados com a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é fundamental para viabilizar os princípios do SUS, mas enfrenta dificuldades amplamente conhecidas para a sua efetivação, tais como: barreiras de acesso, falta de resolutividade/qualificação profissional, problemas de coordenação do cuidado e morosidade no encaminhamento para demais níveis de atenção, equipes incompletas, sobrecarga de usuários por equipe, dificuldades de provimento/fixação de profissionais e retrocessos no modelo de financiamento e de atenção (Morosini et al., 2020; Fausto et al., 2023; Giovanella et al., 2020).

Como desdobramento da Estratégia de Saúde Digital e voltado à informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, o Programa Conecte SUS é instituído, assim como a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), plataforma nacional

voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos e privados. No ano de 2021 o MS publicou uma nova versão da PNIIS, aprovada pela CIT e pelo Conselho Nacional de Saúde, na qual incorpora a Estratégia de Saúde Digital e a RNDS, legitimando a Saúde Digital como a principal estratégia do Estado Brasileiro para as informações em Saúde e dando lastro ao movimento de plataformação no SUS (Rachid et al., 2023).

Acolhimento e Acompanhamento Digital Integrado: experiência do Centro de Referência do Autismo (CRA) de Itacoatiara

O processo tem início com a chegada do usuário ao serviço, portando seu encaminhamento e cartão do SUS, quando a equipe de acolhimento realiza o cadastro no sistema SISREG da Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim que uma vaga é disponibilizada, a comunicação é efetuada de forma ágil através do *WhatsApp*, convocando a família para a sessão inicial de acolhimento.

Nesta primeira etapa, é aplicado um questionário padronizado, orientado pela médica responsável, que abrange os seguintes aspectos: o código internacional de doenças (CID) de encaminhamento, as principais queixas, a aquisição dos marcos do desenvolvimento motor, o nível de escolaridade, as competências de comunicação verbal, a existência de acompanhamento psicológico prévio, indícios de seletividade alimentar e a qualidade do contato visual. Todas as respostas são registradas em tempo real na plataforma e-SUS/PEC, assegurando a precisão do prontuário eletrônico.

Posteriormente, a médica faz a consulta integral das informações prévias, utilizando-as como base para a sua avaliação clínica, copiando e adaptando os dados conforme a conduta estabelecida durante a consulta. Ao final do atendimento, os responsáveis recebem orientações pormenorizadas sobre

o próximo retorno, que é agendado de imediato, conforme a disponibilidade da agenda. Nas consultas subsequentes, é realizada a análise de eventuais exames solicitados e de relatórios multiprofissionais, como os psicológicos, procedendo-se à devida atualização das informações no prontuário.

Todo o fluxo é integralmente digital, promovendo uma integração entre as diversas etapas do cuidado. Esta metodologia garante plena rastreabilidade, significativo ganho de eficiência administrativa e, sobretudo, a essencial continuidade do cuidado ao paciente. Caracteriza-se como profundamente inovadora pela implementação estratégica de ferramentas digitais de acesso universal, pela efetiva integração de sistemas de informação e por manter uma comunicação constante e humanizada com as famílias, constituindo um modelo de excelência para a saúde pública.

Implantação do Protocolo de Acolhimento Digital no CRA de Itacoatiara: Resultados e Reflexões

A implantação do Protocolo de Acolhimento Digital Integrado no Centro de Referência do Autismo (CRA) de Itacoatiara gerou resultados tangíveis que transcendem ganhos operacionais, impactando profundamente a qualidade do cuidado e a experiência do usuário. O resultado mais imediato foi uma drástica redução no tempo de espera para o acolhimento e a consulta especializada, um avanço significativo em um contexto em que as filas são historicamente um dos maiores obstáculos do SUS. Este ganho de eficiência foi propulsionado pela adoção do WhatsApp como canal oficial de comunicação, que eliminou as falhas das convocações por telefone fixo e criou um diálogo mais ágil e direto com as famílias. Paralelamente, a centralidade do e-SUS/PEC para o registro pré-consulta e acompanhamento conferiu uma organização inédita ao fluxo de dados, garantindo segurança, rastreabilidade e um acesso imediato às informações pela médica, o que eliminou retrabalhos e reduziu erros.

A verdadeira inovação reside na integração estratégica de ferramentas digitais acessíveis e já disponíveis e não na criação de novas tecnologias complexas. Esta abordagem demonstra, na prática, que a limitação orçamentária não é um impedimento intransponível para a modernização do serviço público, mas um incentivo à criatividade e à otimização de recursos existentes. Além da eficiência, a qualidade da assistência deu um salto qualitativo. A aplicação do protocolo estruturado de acolhimento assegurou a coleta sistemática de informações críticas para a avaliação do TEA, como marcos do desenvolvimento, seletividade alimentar e histórico de comunicação. Chegar à consulta com esses dados já tabulados permitiu um aprofundamento da anamnese, condutas mais eficazes e diagnósticos mais precisos, transformando o tempo economizado em tempo de maior qualidade e resolutividade clínica.

Este aspecto dialoga diretamente com outro resultado crucial: a maior satisfação e adesão das famílias ao tratamento. A comunicação humanizada via WhatsApp, somada à sensação de serem verdadeiramente ouvidas e à clareza no agendamento dos retornos, corresponsabilizou os usuários e os tornou participantes ativos do processo. Este ponto é fundamental para a discussão, pois evidencia que a humanização não é um mero acessório do cuidado, mas um componente central para a sua efetividade, especialmente em condições crônicas que demandam acompanhamento de longo prazo. O protocolo, portanto, operacionaliza o princípio do cuidado centrado na família, tão preconizado na literatura, mas tão desafiador de se implementar.

Por fim, os resultados apontam para um fortalecimento sistêmico da rede de saúde. A experiência tornou o CRA uma referência municipal reconhecida por sua organização e resolutividade, gerando um ativo intangível de credibilidade perante a população e gestores. Mais do que isso, a integração promovida entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada, criou um ciclo virtuoso de informação que fortalece toda a linha de cuidado. Esta característica confere ao modelo uma alta replicabilidade e escalabilidade, indicando que a experiência de Itacoatiara não é um caso isolado, mas um

roteiro factível para outros municípios que almejam qualificar a assistência ao neurodesenvolvimento.

Concluimos, portanto, que a metodologia adotada transcende o sucesso local, posicionando-se como uma prática inovadora e relevante que concilia eficiência administrativa com cuidado humanizado, contribuindo concretamente para a realização dos princípios de integralidade e universalidade do SUS.

Integração, Humanização e Inovação: lições da experiência em Itacoatiara para o fortalecimento do SUS”

A experiência de integração da rede de Atenção Primária e Atenção Especializada, por meio do sistema e-SUS/PEC, no município de Itacoatiara, evidencia a viabilidade e os impactos positivos de uma gestão inteligente e humanizada dos fluxos de cuidado em saúde. Os resultados alcançados, redução de tempo de espera, qualificação do atendimento, maior satisfação dos usuários e fortalecimento da rede de atenção, reforçam a importância da articulação entre tecnologia, processos claros e envolvimento multiprofissional.

É crucial destacar que o sucesso da iniciativa não decorreu apenas da adoção de ferramentas digitais, mas, sobretudo, da reorganização intencional do trabalho em saúde, colocando o usuário e sua família no centro do processo. O uso estratégico de aplicativos de mensagens, como o WhatsApp, mostrou-se um diferencial para aproximar serviços e cidadãos, garantindo agilidade, sem renunciar ao acolhimento. Além disso, a experiência demonstra que é possível transformar realidades, mesmo em contextos com restrições logísticas e financeiras, desde que haja vontade política, planejamento e qualificação das equipes. O modelo desenvolvido em Itacoatiara não apenas resolveu um problema local, como também


oferece um caminho replicável para outros municípios que enfrentam desafios similares de fragmentação do cuidado.

Por fim, ressaltamos a necessidade de continuidade e aprimoramento constante dessa integração, com monitoramento de indicadores, escuta ativa das famílias e adaptação às novas demandas que surgirem. A sustentabilidade do modelo depende do compromisso contínuo dos gestores e da valorização dos profissionais envolvidos, que são peças-chave para o sucesso de iniciativas inovadoras no SUS. Esta experiência serve, portanto, como um incentivo para que outras localidades invistam na integração de sistemas e na humanização do atendimento, reafirmando o potencial do SUS em se reinventar e em garantir cuidado integral e digno para todos.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). Autism spectrum disorder. American Psychiatric Association.
- Barbosa, M. R., & Fernandes, F. D. (2009). Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro artístico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 14, 482–486.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro autista (pp. 5–74). Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020–2028. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). Linha de cuidado para pessoas com transtorno do espectro autista – TEA [Recurso eletrônico]. Ministério da Saúde.
- Delfini, P. S. de S., & Reis, A. O. A.. (2012). Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos De Saúde Pública*, 28(2), 357–366. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>
- Fausto, M. C. R., Almeida, P. F. de., Bousquat, A., Lima, J. G., Santos, A. M. dos., Seidl, H., Mendonça, M. H. M. de., Cabral, L. M. da S., & Giovanella, L.. (2023). Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde E Sociedade*, 32(1), e220382pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220382pt>

- Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 725–740.
- Foratori-Junior, G. A., & Souza, J. M. S. (2021). A importância do Sistema Único de Saúde para o Brasil. *Facit Business and Technology Journal*, 1(28).
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475–1482.
- Mendes, E. V. (2019). *Desafios do SUS (1ª ed.)*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. F. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: Radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9), e00040220.
- Oliveira, A. S. (2021). *Humanidades & tecnologia*, 30.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., et al. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797.
- Rachid, R., Fornazin, M., Castro, L., Gonçalves, L. H., & Penteado, B. E.. (2023). Saúde digital e a plataforma do Estado brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(7), 2143–2153. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14302022>
- Romero, L. C. P. (2018). O Sistema Único de Saúde: Um capítulo à parte. In B. Dantas et al. (Orgs.), *Obra coletiva* (pp. 67–88).
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, 7(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v7i2.3229>



Itapiranga, o lugar da “pedra vermelha”: estratégias de ampliação da cobertura vacinal

**Elizandra Pimentel Campos
Glaucia Arine Boas Ribeiro
Ana Zilda Correa Queiroz
Laene Conceição Gadelha
Ana Elizabeth Souza Reis
Ariane Guerreiro de Souza**

Introdução

O município de Itapiranga-AM, localizado na região do Médio Amazonas, é composto por comunidades ribeirinhas e área urbana, integrando um território marcado pela diversidade cultural e pela complexidade geográfica. Com uma população estimada em 9.733 habitantes, suas dinâmicas sociais e econômicas refletem os desafios da vida amazônica, onde a floresta, os rios e os modos de vida tradicionais dialogam cotidianamente com as políticas públicas de saúde.

Figura1. Letreiro no município de Itapiranga- AM



Fonte: autores, 2025.

As condições logísticas impostas pela geografia amazônica, como as longas distâncias e o acesso predominantemente fluvial e variações sazonais das chuvas dificultam a distribuição regular de imunobiológicos e o deslocamento das equipes de saúde. Somam-se a esses fatores a limitação de recursos humanos e as dificuldades no armazenamento e transporte adequados das vacinas, comprometendo a manutenção da cadeia de frio em algumas localidades.

Além das barreiras estruturais, observa-se uma redução nas coberturas vacinais, influenciada por fatores socioculturais, desinformação e resistência de parte da população às campanhas de imunização. Essa conjuntura expõe o território ao risco de reemergência de doenças imunopreveníveis, exigindo o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, educação permanente das equipes e estratégias de mobilização social voltadas à ampliação da adesão da população às práticas de vacinação.

Este capítulo relata uma experiência de reorganização e fortalecimento do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em Itapiranga,

destacando seu caráter transformador ao integrar educação permanente, intersetorialidade e mobilização comunitária na Atenção Primária à Saúde. O objetivo é compartilhar uma prática que, além de ampliar a cobertura vacinal, fortaleceu vínculos entre profissionais e usuários, evidenciando a potência das ações construídas a partir das realidades locais amazônicas. Como relata Paro (2022), uma abordagem crítico-problematizadora pode mostrar a sua fecundidade na medida em que aproxima as preocupações da saúde pública das experiências concretas dos indivíduos e populações, dando margem para a construção de conhecimento e de práticas viáveis e compartilháveis coletivamente.

O PNI, criado em 1973 pelo Ministério da Saúde, coordena a política de vacinação da população brasileira por meio da instituição do Calendário Nacional de Vacinação, da aquisição e distribuição de imunobiológicos, e definição de estratégias de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, com vacinas indicadas em calendários de vacinação específicos para cada grupo. A estratégia desenvolvida no município de Itapiranga-AM envolveu todo o território urbano e rural. A vacinação é uma intervenção de elevado custo-benefício e contribui para o avanço na prevenção, controle, eliminação e erradicação das doenças preveníveis por vacina. No início, a proposta era dar novo sentido ao cartão de vacina, muitas vezes deixado de lado por adolescentes, jovens, adultos e idosos, como se pertencesse apenas ao universo da infância. A sensibilização começou justamente por quem cuida: os profissionais de saúde. Relembrar a importância de manter o cartão completo — não só com as vacinas de campanha, mas com todo o calendário vacinal indicado para a idade — significava reconhecer o valor do cuidado de si como parte do cuidado coletivo (Brasil, 2008).

Contexto territorial e sociocultural

O município de Itapiranga-AM encontra-se em um território marcado pela presença das águas, sendo banhado pelos rios Amazonas, Urubu e Uatumã, além de lagos e paranás que conectam comunidades e determinam os fluxos de mobilidade. O clima equatorial úmido, caracterizado pelo regime de cheias e vazantes, influencia diretamente o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado. Como ressaltam Quintino, Gomes & Lemos (2025), a dinâmica das águas comanda a vida cotidiana, regulando não apenas os deslocamentos, mas também os ciclos produtivos e as possibilidades de intervenção em saúde.

A economia local é sustentada por práticas de agricultura de subsistência, pesca artesanal e extrativismo, compondo uma matriz produtiva que garante a sobrevivência das famílias e se articula com os modos de vida tradicionais. Paralelamente, as festividades comunitárias como a festa da padroeira e os torneios de confraternização desempenham papel relevante como espaços de sociabilidade, fortalecendo vínculos e constituindo oportunidades para ações de mobilização em saúde. Desse modo, o território configura-se como um espaço vivo, no qual fatores sociais, culturais e ambientais se entrelaçam e dialogam com a organização dos serviços públicos.

No entanto, tais potencialidades coexistem com importantes vulnerabilidades. As barreiras socioeconômicas e geográficas presentes na Amazônia incidem diretamente sobre a garantia do direito à saúde, desafiando a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Como destacam Ramos et al. (2025), as condições geográficas e socioculturais da Amazônia impõem limites ao acesso equitativo aos serviços de saúde, tornando necessária a criação de estratégias inovadoras e adequadas às particularidades locais, de modo que as ações alcancem efetivamente toda a população.

Organização da rede de atenção em saúde

O PNI consolidou-se como uma das mais importantes políticas públicas de saúde do Brasil. Idealizado por técnicos e sanitaristas do Ministério da Saúde, o PNI nasceu com o propósito de enfrentar doenças imunopreveníveis como poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche e tuberculose, além de sustentar a erradicação da varíola no país. Sua formulação marcou o início de um processo contínuo de fortalecimento da imunização enquanto estratégia de equidade e cidadania, transformando a vacinação em um bem público acessível a toda a população brasileira.

Ao longo de sua trajetória, o PNI acumulou resultados expressivos, como a eliminação da poliomielite em 1989, o bloqueio da circulação autóctone do vírus do sarampo em 2000 e a redução significativa da incidência de doenças como difteria, tétano e coqueluche. A ampliação das campanhas e a inclusão de novos grupos populacionais como idosos nas campanhas de influenza, a partir de 1999, reforçaram o caráter universal do programa. Essa expansão foi sustentada por uma estrutura de governança que combina diretrizes nacionais com a execução descentralizada nos estados e municípios, garantindo capilaridade e autonomia na gestão das ações locais.

Entre os fatores que explicam o êxito do programa destacam-se o fortalecimento da rede de frio, a vigilância de eventos adversos pós-vacinais e o incentivo à produção nacional de imunobiológicos. A coordenação entre as esferas de governo consolidou um modelo que alia normatização técnica centralizada e execução descentralizada, assegurando cobertura ampla e resposta rápida às demandas epidemiológicas. Esse arranjo colaborativo tornou o PNI uma referência internacional em políticas de imunização e um exemplo de política pública orientada pelos princípios de equidade, solidariedade e eficiência (Brasil, 2003).

O êxito histórico do PNI, entretanto, não elimina os desafios de sua implementação em territórios de grande extensão e diversidade sociocultural.

A consolidação do programa em âmbito nacional revelou que a equidade na vacinação depende não apenas da disponibilidade de imunobiológicos, mas da capacidade de cada região de organizar respostas coerentes com suas realidades. No Brasil, as desigualdades regionais nas coberturas vacinais são históricas e marcantes (Silva, Sá & Micheletti, 2024). Em contextos como o amazônico, onde o acesso está condicionado ao ritmo dos rios e às condições climáticas, as ações de imunização demandam criatividade logística, sensibilidade cultural e articulação intersetorial. É nesse cenário que a organização da Rede de Atenção à Saúde na Amazônia se apresenta como campo estratégico para a efetivação do PNI e dos princípios do SUS.

A organização da Rede de Atenção à Saúde na Amazônia exige, entretanto, adaptações específicas para garantir os mesmos princípios do SUS em contextos de alta complexidade territorial. Rios extensos, comunidades isoladas e variações sazonais que interferem no acesso aos serviços configuram um verdadeiro território líquido, onde o cuidado precisa ser pensado em movimento. Nessa realidade, a rede se estrutura a partir de estratégias criativas que conciliam o saber técnico e os modos de vida locais.

No livro *Imuniza Amazonas*, Costa et al. (2025) ressaltam as inovações implementadas no campo da imunização, evidenciando a necessidade de modalidades específicas de cuidado em territórios amazônicos. Nesse contexto, destacam-se as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), concebidas como estratégias fundamentais para garantir o acesso da população ribeirinha e das comunidades isoladas aos serviços do SUS. Complementarmente, iniciativas como o Drive-thru ribeirinho e o Projeto Vacina BAE demonstram a capacidade de adaptação das políticas de saúde aos tempos produtivos, às dinâmicas comunitárias e às práticas culturais locais, fortalecendo o princípio da adequação cultural do cuidado e reafirmando o compromisso da rede de atenção com a equidade.

Figura 2. Unidade Básica de Saúde Fluvial de Itapiranga.



Fonte: Autores, 2025.

Essas estratégias dialogam diretamente com políticas de educação permanente e intersetorialidade, envolvendo setores como educação e assistência Social. Essa articulação amplia a potência das ações de saúde e enfrenta determinantes sociais que atravessam o processo de adoecimento. Assim, a rede amazônica de atenção em saúde se constrói como um tecido vivo, entrelaçando inovação tecnológica, saberes tradicionais e práticas territorializadas de cuidado.

No município de Itapiranga, a Secretaria Municipal de Saúde coordena a execução das políticas locais, tendo a Atenção Básica como eixo estruturante. O território conta com Unidades Básicas de Saúde que oferecem atendimentos multiprofissionais medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social — além de programas direcionados à saúde da criança, da mulher e de pessoas com condições crônicas. Apesar do empenho institucional, persistem desafios relacionados à logística, às longas distâncias e à continuidade do cuidado em comunidades rurais e ribeirinhas.

Para enfrentar esses desafios, foram desenvolvidas ações de sensibilização e educação permanente voltadas tanto aos profissionais quanto

à população. O trabalho incluiu atualização do calendário vacinal, formação das equipes de vacinação e orientação direta aos usuários sobre a importância da imunização em todas as faixas etárias. Entre as estratégias locais, destaca-se a criação da “Etiqueta de Vacinação em Dia”, implementada semestralmente em parceria com a Secretaria de Assistência Social e o *Programa Bolsa Família*. Essa iniciativa vinculou o acesso aos benefícios sociais à comprovação da vacinação de todos os membros da família, estimulando o engajamento comunitário e desfazendo resistências, especialmente em torno da vacinação contra a Covid-19.

Estimular e sensibilizar os profissionais e usuários quanto a importância da atualização vacinal em todas as faixas etárias foi fundamental para o alcance dos objetivos, bem como instrução do usuário quanto a importância da proteção (imunização) individual e familiar, ensinando sobre quais as proteções adquiridas com a vacinação e intensificando a avaliação dos cartões e comprovantes vacinais pela equipe para otimização em um só documento (cartão de vacina único), tendo o reconhecimento do cartão de vacina como documento oficial e prioritário nos atendimentos, atualizando esquemas vacinais incompletos.

Nesta experiência, foi realizada com os profissionais vacinadores uma atividade de educação permanente voltada às atualizações do calendário vacinal e à preparação das equipes para a abordagem do usuário assim que adentrasse a sala de vacinação. Outro aspecto relevante consistiu na sensibilização dos trabalhadores da saúde quanto à necessidade de manter atualizados os próprios esquemas vacinais. A partir desse processo de sensibilização, observou-se a intensificação das ações de busca ativa de indivíduos não vacinados, conduzidas pelos agentes comunitários de saúde em parceria com outros profissionais das equipes. Durante esse período, foram identificadas diversas dúvidas dos usuários em relação ao ato vacinal, as quais foram esclarecidas cotidianamente nas unidades de saúde.

Destaca-se, ainda, a criação da “Etiqueta de Vacinação em Dia”, elaborada semestralmente, com o intuito de fortalecer a parceria entre a Secretaria

Municipal de Saúde e a Secretaria de Assistência Social (CADÚNICO), por meio do Programa Bolsa Família. Essa iniciativa visa à confirmação cadastral dos beneficiários condicionada à atualização do esquema vacinal, não apenas dos titulares do benefício, mas de todos os membros da família. Tal ação contribui para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, envolvendo a comunidade e desconstruindo tabus ainda presentes, especialmente aqueles relacionados à vacinação contra a Covid-19, conforme identificado pelos agentes comunitários de saúde.

Tecnologia Social e Cuidado Coletivo em Territórios Amazônicos

A partir da experiência vivenciada em Itapiranga, é possível compreender a vacinação como expressão de uma tecnologia social, forjada nas práticas cotidianas de cuidado e na construção coletiva de soluções diante dos desafios amazônicos. A Tecnologia Social (TS), segundo Dagnino (2010), constitui uma alternativa crítica ao modelo hegemônico de desenvolvimento tecnológico, centrado na lógica do lucro e da exclusão de grande parte da população dos benefícios científicos. Ela propõe a criação de soluções sociotécnicas voltadas à justiça social, à sustentabilidade ambiental e à ampliação da cidadania, por meio da articulação entre o conhecimento acadêmico e os saberes produzidos por trabalhadores, movimentos sociais e comunidades. Santos (2024) relata ainda que as tecnologias apropriadas são caracterizadas por baixo custo de investimento, simplicidade organizacional, alta adaptabilidade a um determinado ambiente social ou cultural, economia no uso de recursos naturais, baixo custo do produto final ou alto potencial de emprego. Diferentemente da tecnologia convencional, a TS se orienta pela cooperação, pelo uso coletivo dos bens e pela construção de práticas emancipatórias que respondem às necessidades concretas da vida cotidiana.

No campo da saúde, a TS assume relevância particular por permitir que o conhecimento técnico seja adequado às condições sociais e culturais dos territórios. Trata-se de um processo de Adequação Sociotécnica (AST), em que o saber científico é reinterpretado à luz dos contextos locais e de seus determinantes sociais. Essa perspectiva desloca o foco da simples aplicação de técnicas para a co-produção do cuidado, considerando a saúde como resultado das interações entre sujeitos, saberes e ambientes. Assim, a TS não se limita a transferir tecnologias, mas promove a criação compartilhada de soluções que respeitem o território, fortalecem a autonomia das comunidades e ampliam o acesso equitativo às políticas públicas.

Na Amazônia, onde a geografia, as distâncias e a diversidade cultural impõem desafios à operacionalização das ações em saúde, a TS oferece um caminho possível para reorganizar práticas e redes de cuidado. Em Itapiranga, as estratégias de vacinação foram construídas como verdadeiras tecnologias sociais: experiências baseadas na escuta, na corresponsabilidade e na valorização do conhecimento local. A reorganização do PNI no município não se limitou à dimensão técnica da aplicação de vacinas, mas envolveu processos educativos e participativos, nos quais profissionais e usuários se tornaram agentes de transformação social.

Entre as ações de destaque, a criação da “Etiqueta de Vacinação em Dia”, em parceria com a Assistência Social e o Programa Bolsa Família, expressa com clareza os princípios da tecnologia social. Ao articular políticas públicas distintas e envolver a população no acompanhamento da imunização familiar, a iniciativa transformou a rotina de vacinação em um espaço de aprendizado e corresponsabilidade coletiva. A busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde, a sensibilização de profissionais para atualização vacinal e a integração com as escolas e lideranças comunitárias reforçaram o caráter pedagógico e participativo das ações, demonstrando que a inovação, na Amazônia, emerge da capacidade de articulação e não apenas do uso de instrumentos técnicos.

Dessa forma, as práticas desenvolvidas em Itapiranga configuram-se como tecnologias sociais de cuidado, pois foram criadas no diálogo entre

saberes, adaptadas às condições do território e orientadas pelo princípio da equidade. A vacinação, compreendida nesse contexto, ultrapassa o ato clínico e torna-se ferramenta de mobilização e empoderamento comunitário. Inspirada no pensamento freireano e nas concepções de Dagnino, essa experiência reafirma que o conhecimento científico, quando compartilhado e reconstruído coletivamente, é capaz de promover saúde, fortalecer vínculos e sustentar formas solidárias de viver e cuidar na Amazônia.

Resultados e Impactos

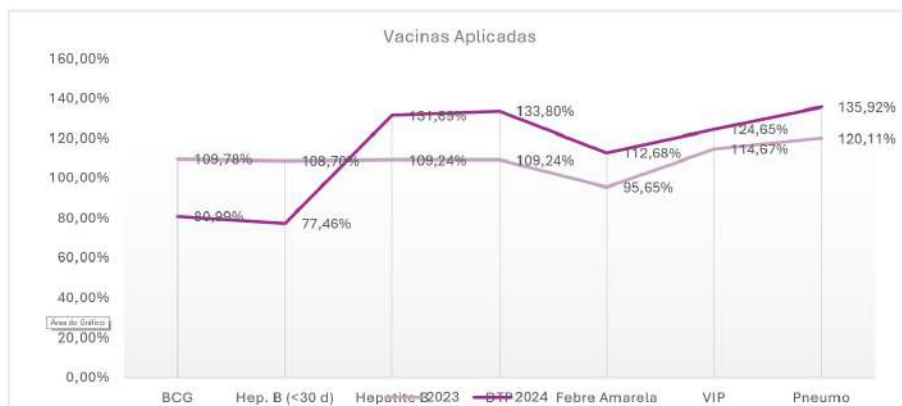
A experiência desenvolvida no espaço amazônico evidencia como a tecnologia social se constitui em elemento central para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Diferentemente das concepções centradas em equipamentos de alta densidade tecnológica, a inovação na região emerge da capacidade de adaptação dos serviços às condições geográficas e socioculturais do chamado “território líquido” (Schweickardt et al., 2016). Os ciclos de cheia e vazante dos rios, somados às grandes distâncias e ao isolamento das comunidades, exigem soluções criativas, ancoradas em práticas locais e ajustadas às realidades da população.

Mesmo com essas peculiaridades do território amazônico, tornou-se rotina desde o ano de 2018, todo profissional de saúde admitido na Secretaria Municipal esteja com o cartão de vacinas atualizado, e cada nova atualização do calendário vacinal é incorporada à rotina de acompanhamento pelos vacinadores. Além disso, a integração com a Secretaria de Assistência Social através do Programa Bolsa Família, coordenador da saúde que fortaleceu a exigência da vacinação, isto se deve a organização de um cronograma de reuniões para orientar os usuários quanto a importância da vacinação que é uma das condicionalidades em saúde para o acompanhamento das famílias dos beneficiários, conforme orientação da Cartilha do Programa Bolsa Família (2023), uma vez que a atualização cadastral no CadÚnico no município

de Itapiranga somente é validada no sistema mediante a apresentação do cartão vacinal devidamente etiquetado pelo profissional de saúde. Essas ações possibilitaram o aumento das doses aplicadas e a intensificação das orientações sobre a importância da vacinação, no manejo dos esquemas antes somente iniciados e não terminados bem como as correções em cada caso, e esclarecimentos das dúvidas sobre a vacinação principalmente no período da pandemia. Após a mobilização, houve um aumento na adesão das medidas preventivas principalmente contra a Covid-19 pelas famílias. Também foi identificado a redução de faltosos para completar os esquemas vacinais aumentando a cobertura vacinal do município, isto relaciona-se com a ampliação das visitas domiciliares realizadas por todos as classes profissionais que compõe as equipes de estratégia saúde da família, os quais durante as visitas realizavam a orientação com sensibilização dos usuários, incentivando à vacinação.

Do mesmo modo, a tecnologia social também se manifesta na superação de barreiras socioeconômicas e culturais, por meio da participação comunitária e da Educação Popular em Saúde (EPS). No município de Itapiranga-AM, os resultados confirmam a efetividade dessa abordagem territorializada.

Figura 3. Cobertura vacinal da Tríplice Viral (1ª dose) em Itapiranga-AM, 2023–2024.



Fonte: SEMSA Itapiranga, 2025.

O índice aumentou de 58,15% para 170,42%. O avanço reflete ações de educação permanente em saúde e a integração com o Programa Bolsa Família, favorecendo a adesão das famílias ribeirinhas e rurais e contribuindo para superar resistências à vacinação.

Figura 4. - Figura 3. Vacinas aplicadas em Itapiranga-AM, 2023–2024.



Fonte: SEMSA Itapiranga, 2025.

O impacto quantitativo dessas ações foi expressivo: entre 2023 e 2024 observou-se aumento consistente em diversas coberturas vacinais. Destacam-se, por exemplo, a elevação nas taxas da Tríplice Viral (1ª dose) de 109,78% para 153,52%, da Varicela de 58,15% para 170,42%, da Pneumo 10 (1º reforço) de 109,78% para 151,41% e da Hepatite A de 96,74% para 142,25%. Houve ainda avanços significativos em outros imunizantes, como DTP, Rotavírus, Penta e Meningo C, que superaram as metas pactuadas pelo PNI (figura 1, figura 2). A cobertura passou de 109,78% para 153,52%. Esse crescimento relaciona-se à reorganização do PNI em Itapiranga, às estratégias de busca ativa e à mobilização comunitária em torno do cartão vacinal, consolidando a vacinação como tecnologia social no território amazônico.

Mais do que números, os impactos se refletiram em mudanças culturais e relacionais: a valorização da prevenção, o fortalecimento da confiança no

SUS e a consolidação de vínculos entre equipes de saúde e comunidade. A experiência de Itapiranga, portanto, reafirma a importância das tecnologias sociais como ferramentas de promoção da equidade, de ampliação do acesso e de fortalecimento da Atenção Primária em territórios amazônicos.

Os resultados apresentados nos gráficos traduzem não apenas a expansão quantitativa das coberturas vacinais, mas a consolidação de um processo coletivo de aprendizado e corresponsabilidade. Cada ponto percentual representa o engajamento de famílias que retomaram o diálogo com os serviços de saúde, de profissionais que ressignificaram o ato de vacinar e de gestores que compreenderam a imunização como prática educativa e relacional. As ações de busca ativa, as visitas domiciliares e a vinculação com o Programa Bolsa Família tornaram-se expressões concretas de um modelo de cuidado que reconhece o território como protagonista. Esse movimento gerou um novo pacto comunitário em torno da proteção à vida, no qual a vacina passou a simbolizar pertencimento, confiança e compromisso coletivo com o bem viver amazônico.

Conclusões

A reorganização do PNI em Itapiranga evidencia o potencial transformador das práticas de saúde quando enraizadas na realidade amazônica. A experiência relatada demonstrou que, ao considerar as especificidades territoriais, sociais e culturais, é possível não apenas ampliar a cobertura vacinal, mas também fortalecer a Atenção Primária e consolidar a participação comunitária como eixo estruturante do SUS.

Mais do que a execução de um procedimento técnico, a vacinação se configurou como uma tecnologia social, capaz de articular vínculos, mobilizar saberes e construir territorialidades de cuidado. O processo revelou que a inovação, no contexto amazônico, não se restringe a equipamentos de alta

densidade tecnológica, mas se expressa na criatividade logística, na escuta sensível e na construção coletiva de soluções adaptadas às condições do “território líquido”.


Ao integrar educação permanente em saúde, intersectorialidade e mobilização comunitária, Itapiranga transformou desafios históricos como distâncias geográficas, isolamento de comunidades e barreiras socioeconômicas em oportunidades de cuidado integral. Tal movimento dialoga com a concepção de educação permanente como prática transformadora, que, segundo Ceccim (2005), só se concretiza quando trabalhadores problematizam o cotidiano do trabalho e elaboram coletivamente novas formas de cuidado.

Do mesmo modo, o percurso descrito aproxima-se do pensamento freireano, para quem a prática educativa deve ser dialógica, crítica e emancipadora (Freire, 2019). Nesse sentido, a experiência de Itapiranga pode ser compreendida como um processo pedagógico em saúde, no qual profissionais e usuários construíram conjuntamente respostas inovadoras para os desafios do território. Assim, a vivência não apenas fortaleceu a rede local, mas também se apresenta como referência inspiradora para outros municípios amazônicos, reafirmando a potência da vacinação enquanto estratégia de promoção do bem viver e de fortalecimento do SUS em contextos complexos e plurais.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas *Saúde do adolescente: competências e habilidades*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações: 30 anos* (Série C: Projetos, Programas e Relatórios). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Cartilha do Programa Bolsa Família*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/bolsa-familia/cartilha-pbf/cartilha_bolsa_familia.pdf. Acesso em: 14/10/2025.

- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41–65.
- Costa, C. F. da, Albuquerque, B. C. de, Moreira, M. A., Ferreira, C. P., Vilaça, G. D., & Schweickardt, J. C. (Orgs.). (2025). *Imuniza Amazonas: sobre vidas, afetos e vacinas* (Série Saúde & Amazônia, Vol. 36). Associação Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9786554622011>
- Dagnino, R. (Org.). (2010). *Tecnologia social: ferramenta para construir outra sociedade*. 2ª ed., *Rev. e Ampl. Komed*.
- Freire, P. (2019). *Pedagogia do oprimido* (65ª ed.). Paz e Terra.
- Quintino, K. E. G., Gomes, B. L., & Lemos, S. M. (2025). Os desafios da vacinação na região sul do município de Lábrea: a potência da promoção do acesso à saúde. In C. Fernandes, B. Albuquerque, & J. C. Schweickardt (Orgs.). *Imuniza Amazonas: sobre vidas, afetos e vacinas*. Editora Rede Unida.
- Ramos, D. S., Oliveira, K. R. de, Tavares Neto, L. P., Almeida, L. da S. de, Silva, E. G. da, Ramos, D. S., & Ribeiro, S. S. C. (2025). Nas lonjuras dos territórios líquidos à equidade no cuidado domiciliar: experiência do Programa Municipal Tratando em Casa em Barreirinha, AM. In C. Fernandes, B. Albuquerque, & J. C. Schweickardt (Orgs.). *Imuniza Amazonas: sobre vidas, afetos e vacinas*. Editora Rede Unida.
- Paro, C. A., & Silva, N. E. K. (2022). Educação popular em saúde como tecnologia social em contextos de emergências sanitárias: notas a partir de uma ação extensionista. *Revista de Educação Popular, Uberlândia*, v. 21, n. 1, p. 3–33. DOI: 10.14393/REP-2022-63368. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/63368>. Acesso em: 14 out. 2025.
- Santos, E. L. (2024). Tecnologias sociais: um novo modo de fazer e pensar é possível. *Revistas USP - Cultura e Comunicação na América-Latina*, São Paulo. DOI: 10.11606/extraprensa2023.219246.
- 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*. Rede Unida.
- Silva, T. M. R., Sá, A. C., & Micheletti, G. N. (2025). *Desafios da cobertura vacinal no Brasil: Fake news e desigualdades*. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2024/03/L11-Cap6.pdf>. Acesso em: 14 out. 2025.



Fortalecimento da saúde sexual reprodutiva da mulher ribeirinha: implicações no cuidado a partir do dispositivo intrauterino (DIU)

**Wanderlane da Costa Silva
Ivanete Sena de Araújo
Raiane de Souza Teixeira
Patrícia da Costa Franco
Josiane de Souza Medeiros**

Introdução

O capítulo surge das experiências e vivências de atuação de três enfermeiras da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em território ribeirinho no município de Manacapuru/AM, por meio do projeto de intervenção denominado “Consulta de enfermagem ginecológica com ênfase na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU)”. Tal projeto teve como objetivo qualificar a assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres ribeirinhas, com ênfase na inserção do DIU.

Tomando uma experiência que se deu em um território marcado pelas águas, rios, florestas e suas gentes, o texto está organizado em quatro afluentes-conceitos-seções que se encontram, se emaranham, se misturam, se conectam formando uma escrita rio-água-saúde. A primeira, envolve a discussão de alguns conceitos-afluentes sobre a saúde da mulher ribeirinha, destacando a

sua saúde sexual reprodutiva. A segunda trouxe o município de Manacapuru como cenário da experiência e território onde se produz o cuidado a essas mulheres. Na terceira, é apresentado o relato de experiência em conjunto com a discussão. E por último, as autoras se propõem a tecer considerações sobre alguns ensinamentos dessa experiência, especialmente em relação com as especificidades do território ribeirinho amazônico.

As mulheres constituem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, seja para si própria, seja como principal cuidadora de seus filhos e de outros familiares. Machado et al. (2023), destacam que desde os primeiros anos do século XX que a saúde da mulher passou a ser inserida nas políticas nacionais de saúde. No entanto, as autoras ressaltam que tais políticas se voltavam e se limitavam ao período gestacional e parto.

Diferentes movimentos sociais, políticos, religiosos, culturais têm influenciado nos debates, pesquisas, concepções no campo da saúde da mulher brasileira, com destaque para os movimentos feministas. Este último, influenciou fortemente ao pautar na agenda política nacional outras temáticas para além da gravidez e parto como a sexualidade e a reprodução numa perspectiva ampliada de direitos, o planejamento familiar, as dificuldades relacionadas a métodos anticoncepcionais, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o direito ao corpo, dentre outras (Machado et al., 2023).

Este texto se volta para uma das dimensões da saúde da mulher, qual seja: a Saúde Sexual Reprodutiva (SSR). Parmejiani et al. (2021) trazem a saúde sexual como sendo independente da reprodução e infecções sexualmente transmissíveis, ampliando a noção de sexualidade à autonomia, liberdade, orientação sexual, sem violências e discriminação, numa concepção positiva da sexualidade humana. Nesta direção, Telo & Witt (2018) acrescentam que essa concepção ampliada de SSR se propõe a romper com a lógica de reprodução como sendo um processo natural, apenas de dimensão biológica e um destino feminino e passa a incorporar questões de cidadania, de responsabilidades das mulheres, homens, famílias, sociedade e Estado.

Sobre o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, Cabral, Cella e Freitas (2020) dizem que desde o século XX, esse comportamento tem passado por diferentes alterações que provocaram a redução da fecundidade à níveis significativos. As autoras pontuam que na contemporaneidade, aspectos como maior acesso a formação educacional, aumento na participação no mercado de trabalho, maior independência financeira, facilidade no acesso a métodos contraceptivos, possibilitaram às mulheres um maior controle acerca de seus processos reprodutivos como quantidade de gestações, número de filhos, temporalidades mais espaçadas entre as gestações.

Contudo, ao voltarmos para a SSR de mulheres ribeirinhas da Amazônia brasileira, foco desta experiência, nota-se um contraste com o cenário nacional. As mulheres ribeirinhas apresentam comportamento reprodutivo semelhante ao observado nas gerações passadas, caracterizado por precocidade sexual e gestacional, taxas de fecundidade e abortamentos elevadas, além de situações como gravidez de alto risco, precariedade na assistência ao pré-natal e parto (Cabral, Cella & Freitas, 2020).

Aqui é importante destacar que ribeirinhos, como categoria de análise social, não são simplesmente pessoas que moram nas margens dos rios. Os ribeirinhos da Amazônia revelam uma multiplicidade de grupos sociais vivendo em comunidades, perfis socioculturais que constroem modos de vida mediados pelos rios. Essa multiplicidade se revela em seus comportamentos, processos de trabalhos, pesca, caça, alimentação, moradia, meios de transportes, conhecimentos tradicionais, espiritualidades, cosmologias, expressões culturais, relação com o rio e a floresta amazônica (Nahum & Ferreira, 2019; Rente Neto & Furtado, 2015; Lira & Chaves, 2016). Essas multiplicidades socioculturais atravessam suas compreensões sobre seus processos de doença e saúde, é desse povo que emerge a mulher ribeirinha.

Diferentes pesquisas (Cabral, Cella e Freitas, 2020; Gama et al., 2018; Parmejiani et al., 2021) relacionam às limitações na assistência à saúde dos povos ribeirinhos da Amazônia com a precariedade nos aspectos socioeconômicos

que comprometem a qualidade de vida das pessoas, como pouca escolaridade, deficiência no saneamento básico, distâncias geográficas, dificuldades no acesso a serviços de saúde, carência e rotatividade de profissionais de saúde para atuar nesses territórios. Além disso, Caldas (2024) alerta que se tratando de mulheres ribeirinhas, muitas vezes elas vivenciam situações de vulnerabilidade, como exploração sexual, diferentes violências como a de gênero e obstétrica, sem poder decidir sobre seu corpo. Desse modo, viver em comunidades ribeirinhas sob a influência geográfica, climática, hidrológica e com pouca presença de políticas públicas, impõem adversidades e limitações na produção do cuidado em saúde a essas mulheres, incluindo seus direitos à SSR.

Uma prática de cuidado voltada para a SSR pensada para as mulheres ribeirinhas de Manacapuru foi o uso do DIU. Este método contraceptivo, reversível, tem se mostrado eficaz a longo prazo. Algumas das vantagens dele é possuir poucos efeitos colaterais, baixa taxa de falha, baixo custo para o SUS. No entanto, existem algumas barreiras que dificultam a ampliação do uso do DIU e baixa adesão no Brasil, como escassez de profissionais habilitados para inserção, disponibilização apenas sob a indicação médica, a obrigatoriedade de realização de diversos exames muitas vezes desnecessários, oferta insuficiente pelos serviços de saúde, além do nível de conhecimento e orientação das mulheres em relação ao seu uso (Borges et al., 2020; Gonzaga et al., 2017). Diante do exposto, o projeto aqui em voga surge como um dispositivo que pode furar, fazer brecha nessa realidade.

Dessa forma, a proposta deste relato é destacar a experiência da implantação, desenvolvimento e acompanhamento do projeto de inserção de DIU em mulheres ribeirinhas no município de Manacapuru. Buscamos, assim, refletir sobre as práticas e estratégias que tornam o cuidado em SSR efetivo e próximo das pessoas em territórios com especificidades e complexidades próprias como a Amazônia.

A saúde no território de Manacapuru: a Princesinha do Solimões

A experiência aqui relatada teve como cenário o município de Manacapuru na Calha do Rio Negro-Solimões no estado do Amazonas. Este localiza-se à margem esquerda do Rio Solimões e tem a cidade de Manacapuru como sede administrativa, por esta localização, é conhecido carinhosamente como a Princesinha do Solimões. O município faz divisa com 6 municípios: Iranduba, Manaquiri, Beruri, Anamã, Caapiranga e Novo Airão. Além disso, compõe a região metropolitana de Manaus em conjunto com mais 7 municípios, sendo eles: Manaus, Novo Airão, Itacoatiara, Careiro da Várzea, Iranduba, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. Sua extensão territorial é de 7.336,578 km² configurando o 44º município do estado em extensão territorial, nesse ponto, em termos de dimensões amazônicas, é considerado um município mediano territorialmente. Manacapuru apresenta uma população de 101,883 habitantes, sendo 49.905 do sexo feminino (IBGE, 2022).

Em termos de distância a Manaus, capital do Amazonas, fica a 93 km, em linha reta e 157km por via fluvial. Existem duas principais formas de acessar o município, por via fluvial, percorrendo o Rio Solimões e pela rodovia AM-070, onde fica a Ponte Jornalista Phelippe Daou sobre o Rio Negro, interligando esse Município a Manaus. A primeira forma de acesso é mais comum para quem vem de outros municípios e a última para quem vem de Manaus. Embora faça parte da região metropolitana de Manaus e tenha seu acesso facilitado pela AM-070, Manacapuru apresenta uma extensa rede hidrográfica, com grandes rios e lagos, onde estão distribuídas 351 comunidades da zona rural, dentre estas, 256 são ribeirinhas.

Sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS), Manacapuru é o município Polo da Região de Saúde do Rio Negro-Solimões, sendo referência para outros sete municípios: Coari, Codajás, Caapiranga, Anori, Baruri, Anamã,

Novo Airão, como podemos observar na figura 1. As distâncias para esses municípios variam entre horas e dias de lancha Ajato e barco recreio. Ao consultarmos o Plano Municipal de Saúde, vigência 2022-2025 e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), identificamos que a RAS de Manacapuru compreende a Atenção Básica (AB), Atenção Especializada, Urgências e Emergências, Central de Regulação e Assistência Farmacêutica (SEMSA, 2025; Brasil, 2025).

Figura 1. mapa de localização do município de Manacapuru, AM.



Fonte: Dados do IBGE (2019). Elaborado por Magnus Magalhães, 2019.

Em relação à Atenção Básica, Manacapuru dispõe de 22 Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 19 Pontos de Apoio (Posto de Saúde), incluindo 1 Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), distribuídos em área urbana, rural e ribeirinha. Existem ainda, Centro de Atenção Psicossocial, Central de Abastecimento farmacêutico, Central de Regulação, Central de Vigilância em Saúde, Farmácia Popular, Casa de Apoio à Saúde Indígena, Laboratório

de Saúde, Policlínica, Hospital Geral e Serviço Móvel de Urgência. Dentre as equipes de saúde vinculadas a esses estabelecimentos o município conta com 21 Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), 8 Estratégias Saúde da Família (ESF), 4 Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (e-Multi), 2 Equipes de Consultórios na Rua, 1 Equipe de Atenção Primária Prisional. Os usuários podem contar com médicos clínico geral, incluindo os do Programa Mais Médicos, odontólogos, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, nutricionista, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e microscopistas (Brasil, 2025; SEMSA, 2025).

Relato de Experiência e Discussão

A experiência, aqui relatada, foi composta por várias temporalidades, mãos, corpos, memórias e histórias de trabalhadores e usuários do SUS, lembrando que há uma vastidão em uma só pessoa quanto mais em todos/as nós (Deleuze & Guattari, 2011). Metodologicamente para essa experiência utilizamos de diferentes técnicas, estratégias, movimentos como curso de formação em educação em saúde, rodas de conversas, visitas domiciliares, observações, conversas informais, registros fotográficos. Nenhuma dessas estratégias e movimentos foram eleitas como mais importantes por considerarmos que a potência dela está nas suas combinações e intersecções para a produção de cuidado e saúde.

O projeto teve início em 2022 e continua em funcionamento, que se deu em diferentes comunidades ribeirinhas de Manacapuru, localizadas nos Rios Manacapuru e Solimões como as comunidades de Vila Rica de Caviana, Ilha do Ajaratuba, Comunidade Sagrado Coração de Jesus, Repartimento do Tuiué, Comunidade Campinas do Norte, Costa do Marrecão, Costa da Bela Vista, Arapapa, Laranjal, Costa do Laranjal, Vila do Jacaré, Macumirin, Cajazeira, Lago do Parú, Lago do Santana, Sacambu, Jaiteua, Castanho. Participaram do projeto

conselheiros dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem do Amazonas, trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manacapuru como da gestão, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACS, bem como os usuários do SUS, sendo as mulheres ribeirinhas e seus companheiros. Para facilitar a escrita e a compreensão do leitor, o desenvolvimento do projeto será descrito nos seguintes movimentos-banheiros: Criação do projeto e formação dos trabalhadores; Captação das mulheres ribeirinhas; Consultas de enfermagem nas comunidades ribeirinhas; Acompanhamento das mulheres ribeirinhas.

Movimento-banheiro: criação do projeto e formação dos trabalhadores

A saúde no contexto amazônico tem suas especificidades e peculiaridades, devido às diferentes interfaces territoriais, como por exemplo, o ciclo dos rios e suas águas (enchente, cheia, vazante e seca). Os fatores territoriais somados com outros aspectos como aqueles relacionados na introdução deste texto, torna o acesso à saúde por mulheres ribeirinhas como um dos desafios do SUS, requerendo dos serviços e trabalhadores de saúde um olhar diferenciado que dialoguem com essas especificidades.

Neste contexto, a SSR da mulher ribeirinha emerge como prioridade na ESF em Manacapuru, uma vez que há dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos, grande número de gravidez precoce, multiparidade e pré-natais incompletos, resultando em altas taxas de natalidade e complicações materno-infantis. É em decorrência a esse cenário que surgiu, em 2022, a proposta de intervenção do projeto “Consulta de enfermagem ginecológica com ênfase na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU)”, de iniciativa dos Conselhos de Enfermagem Federal e Regional com os trabalhadores de saúde de Manacapuru.

Esta etapa inicial do projeto teve a duração de 1 ano e foi dedicada para a formação e capacitação dos trabalhadores de saúde e foi dividida em

dois ciclos. No primeiro, foi realizada a formação dos enfermeiros, sendo 2 que atuam em área urbana e 02 em área ribeirinha. O objetivo desse ciclo foi capacitar os enfermeiros para realização de consultas ginecológicas para inserção do DIU de cobre. O segundo ciclo foi realizado com os enfermeiros, técnicos de enfermagem e os ACS que atuam nas áreas ribeirinhas para captação e sensibilização das mulheres para participarem do projeto.

Esses ciclos formativos foram realizados pelos Conselhos de Enfermagem, onde foram trabalhadas questões como alinhamentos de fluxos de atendimentos e formatação do protocolo de inserção do DIU com os seguintes temas abordados: Uso de métodos contraceptivos de longa ação; principais preocupações das usuárias; contracepção intrauterina; manejo de efeitos colaterais e complicações; inserção e remoção do DIU; critérios de elegibilidade; saúde sexual e reprodutiva. Esta formação foi facilitada por meio de aulas teóricas online e práticas presenciais. Os encontros para a formação aconteceram no auditório do Conselho de Enfermagem COREN-AM.

Movimento-banheiro: captação das mulheres ribeirinhas

Após a conclusão dos ciclos formativos, o segundo movimento-banheiro do projeto foi sensibilizar e selecionar as mulheres ribeirinhas, essa atividade ficou centralizada no ACS das comunidades ribeirinhas. Nos documentos legais que tratam da saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica, por exemplo, o ACS situa-se como agente do cuidado decisivo no SUS, especialmente na AB. Como as equipes de saúde completas não ficam o tempo todo atuando nas comunidades, os ACS são acionados com frequência pelos ribeirinhos pelo fato de muitas vezes serem os únicos profissionais de saúde presentes na comunidade, bem como serem moradores das comunidades (Guimarães et al., 2020). Além disso, este trabalhador se torna o principal elo entre a comunidade e as equipes de saúde, pois é ele que está presente no

cotidiano das casas ribeirinhas, vivencia junto com a comunidade os principais problemas de saúde e sociais, é aquele que mais próximo acompanha a ausência do Estado e das políticas públicas dos serviços que não chegam ou demoram a chegar na comunidade e também tem o privilégio de ser um dos primeiros a perceber as mudanças quando as políticas públicas se mostram eficazes.

No projeto, aqui em destaque, os ACS também tiveram centralidade, pois coube a eles a mobilização nas comunidades para convidar e selecionar possíveis mulheres ribeirinhas para participarem das consultas de enfermagem e posteriormente direcionamento do melhor método contraceptivo e para a inserção do DIU de cobre nas mulheres que estavam aptas para realização do procedimento. Desse modo, a captação das mulheres foi por meio das visitas domiciliares dos ACS, através do conhecimento adquirido na capacitação. Houve também rodas de conversas com as mulheres ribeirinhas nas UBS e Pontos de Apoio, onde foram abordados os temas trabalhados na formação. Outra estratégia significativa foi a utilização da Rádio Comunitário Vozes da Comunidade, enfatizando a importância da consulta ginecológica.

Movimento-banheiro: consultas de enfermagem e inserção do DIU

O terceiro movimento-banheiro do projeto foi a realização das consultas de enfermagem e a inserção do DIU junto às mulheres em suas comunidades ribeirinhas, que aconteceram no período de agosto de 2023 a dezembro de 2024. As especificidades do território ribeirinho convocam o projeto, os trabalhadores e os serviços de saúde a inverter a lógica comumente vivenciada em áreas urbanas, onde é o usuário que precisa se deslocar até o serviço. Diferentemente do que acontece nos centros urbanos, onde geralmente é o usuário que vai até a equipe na UBS, nos territórios ribeirinhos, onde o acesso se faz pelas águas, é a equipe que precisa se deslocar até o local de moradia do usuário.

Tendo as águas dos Rios Solimões e Manacapuru como fluxo de acesso, as enfermeiras capacitadas para a realização da consulta e inserção do DIU passaram a se deslocar periodicamente para as comunidades ribeirinhas, fazendo uso de canoas rabetas e lanchas, carregando todos os insumos necessários para realização dos atendimentos, em viagens que duravam em média de 5 a 10 horas. Nas comunidades mais distantes, como Campinas e Caviana, não era possível retornar no mesmo dia, tendo que pernoitar nas comunidades. Assim como constatado por Medeiros, Schweickardt & Martins (2024), ao analisarem a importância das embarcações no acesso à saúde da população ribeirinha, este projeto só foi possível devido ao uso de diferentes embarcações que precisavam ir se adaptando de acordo com o ciclo das águas.

Ao chegarem nas comunidades, as enfermeiras primeiramente realizaram rodas de conversas com as mulheres indicadas pelos ACS e seus familiares. Nestas rodas foram discutidos temas relacionados a SSR, especialmente sobre os métodos contraceptivos. Após essas rodas, todas as mulheres que participaram passaram por consulta com as enfermeiras. Na consulta era realizado anamnese, histórico ginecológico, coleta de exame citopatológico, testes rápidos para HIV/AIDS, Hepatite B e C e Sífilis, além de testes de gravidez. As mulheres que atenderam aos critérios para colocação do DIU receberam o dispositivo logo após a consulta.

Desse modo, das 649 mulheres captadas e indicadas pelos ACS, 308 realizaram a inserção do DIU, das quais, 88 eram nulíparas e 220 multíparas, na faixa etária de 15 a 45 anos. Após implantação foram orientadas ao uso de dupla proteção (camisinhas) para prevenir infecções sexualmente transmissíveis. As 341 que não atenderam aos critérios foram direcionadas para outros métodos contraceptivos. Todas as mulheres concordaram e assinaram os termos esclarecendo e autorizando a inserção do DIU.

Com a implantação do projeto, percebeu-se como primeiros resultados a alta procura de mulheres ribeirinhas para consulta ginecológica, bem como grande alcance de realização de testes rápidos e exames citopatológicos. Em 17

meses foram realizadas 163 rodas de conversas sobre os métodos contraceptivos, 684 consultas de enfermagem ginecológica, 2.596 testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e C), 380 coletas de exame citopatológico e 308 testes de gravidez.

Ressaltamos que houve ainda 80 encaminhamentos para outros especialistas da saúde (psicólogo, ginecologista e mastologista), além de 107 encaminhamentos para exames, 21 para mamografia e 86 para USG transvaginal. Ainda como resultado alcançado pode-se notabilizar o alcance de mulheres de comunidades distantes da cidade que nunca haviam realizado um exame ginecológico e o aumento considerável de outras mulheres ao serviço de saúde em busca de maiores esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos. Além dos objetivos do projeto, notou-se também um aumento na procura por planejamento familiar.

Movimento-banheiro: acompanhamento das mulheres ribeirinhas

Chegamos ao nosso último, mas não menos importante movimento-banheiro que diz respeito ao acompanhamento das mulheres ribeirinhas que receberam o DIU. O projeto não encerrou com a fase de inserção do DIU, pelo contrário, a fase de acompanhamento é extremamente importante, especialmente devido às mulheres ribeirinhas terem maior dificuldade no acesso a consultas ginecológicas.

Assim, após a inserção do DIU, as enfermeiras iniciaram o acompanhamento e monitoramento de todas as mulheres. Passados 45 dias da inserção, depois mais 90 dias, em seguida 6 meses, e por último anualmente, a cada um desses períodos as enfermeiras retornaram às comunidades ribeirinhas para realização de avaliação ginecológica das mulheres. Durante o acompanhamento, somente um total de 7 mulheres expulsaram o DIU e 4 não se adaptaram ao método e mudaram para outro, mostrando que a maioria

apresentou adaptação a este método contraceptivo. É importante destacar que o projeto ainda está em andamento e novas mulheres receberam o DIU e passaram a ser acompanhadas pelas ESF.

Considerações Finais

Com base na experiência exitosa aqui apresentada, podemos destacar que o projeto alcançou os objetivos propostos, houve sucesso na captação das mulheres e satisfação por parte delas pelo uso do dispositivo intrauterino, bem como ampla cobertura de consultas de enfermagem ginecológica nas comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru. Por meio do projeto buscamos por equidade em SSR de mulheres ribeirinhas, tendo em vista se encontrarem vivendo em locais de difícil acesso no município. Esperamos, a médio e longo prazo, que essas intervenções reduzam os números de gravidez indesejadas, abortamentos, complicações e mortes maternas e neonatais, além de orientar para o sexo seguro e consciente, com vistas ao planejamento familiar adequado.

Em muitos estudos e experiências os rios e as águas da Amazônia são vistos como barreiras para o acesso às políticas públicas, incluindo a Saúde. Contudo, este projeto fez curva, furos, dobra nesse pensamento de tomar as águas como problema a ser enfrentado. Pelo contrário, foram as águas e seus fluxos que facilitaram o acesso às comunidades ribeirinhas, quando elas secam esse acesso fica limitado ou até mesmo impossível. Devido a dimensão que o projeto tomou, faz se necessário estudos futuros, de cunho qualitativo e participativo com estas mulheres para conhecermos as suas percepções sobre SSR e como é viver com o DIU, dando a elas protagonismo nos seus processos de saúde.

Referências

- Borges, A. L. V., Araújo, K. S., Santos, O. A., Gonçalves, R. F. S., Fujimori, E., & Divino, E. A. (2020). Conhecimento e interesse em usar o dispositivo intrauterino entre mulheres usuárias de unidades de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, (28), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3140.3232>
- Brasil. (2025). Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=MANACAPURU>. Acessado em: 14 de out. de 2025.
- Cabral, I., Cella, W., & Freitas, S. R. (2020). Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Saúde Debate*, 44(127), 1066-1078. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012709>
- Caldas, M. E. S. (2024). *Entre os rios e o bisturi: rotas de acesso, violação de direitos reprodutivos e vulnerabilidades de mulheres ribeirinhas esterilizadas em Nova Olinda do Norte, Amazonas* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Amazonas, Manaus]. Recuperado de: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/10615/6/DISS_MoniqueCaldas_PPGPSI.pdf
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia* (S. Rolnik, Trad. 2º ed, vol. 1). São Paulo: Editora 34.
- Gama, A.S.M., Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 34(2), 17-22. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
- Gonzaga, V. A. S., Borges, A. L. V., Santos, O. A. I., Rosa, P. L. F. S., & Gonçalves, R. F. S. (2017). Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 51, 1-8. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046803270>
- Guimarães, A. F., Barbosa, V. L. M., Silva, M. P., Portugal, J. K. A., Reis, M. H. S., & Gama, A. S. M. (2020). Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 11, 7-7. doi: 10.5123/S2176-6232202000178
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manacapuru/pesquisa/10102/122229>. Acessado em: 03 de out. de 2025.
- Lira, T. M., & Chaves, M. P. S. R. (2016). Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *INTERAÇÕES*, 17(1), 66-76. <https://doi.org/10.20435/1518-70122016107>
- Machado, G. M., Mariano, N. F., Santos, V., Melo, L. F., Santana, A. V. S., & Silva, C. M. V. (2023). Desafios no acesso a inserção do dispositivo intrauterino na atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*, 12(8), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42898>
- Medeiros, J. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2024). Entre cheias e vazantes: uso

das embarcações na produção do cuidado e acesso à saúde no território líquido em um município amazônico, Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, 33(4), 1-13. DOI 10.1590/S0104-12902024240381pt


Nahum, J. S., & Ferreira, D. da S. (2019). Entre as margens dos rios e as marchas da história: Espaço e sociedade ribeirinha na Amazônia. *PerCursos*, 20(43), 39–65. <https://doi.org/10.5965/19847246204320198039>

Parmejiani, E. P., Queiroz, A. B. A., Pinheiro, A. D. S., Cordeiro, E. M., Moura, M. A. V., & Paula, M. B. M. D. (2021). Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, 55, 1-12. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019033103664>

Rente Neto, F., & Furtado, L. G. (2015). A ribeirividade amazônica: Algumas reflexões. *Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)*, 24(24), 158. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v24i24p158-182>

SEMSA. (2025). Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru. *Plano Municipal de Saúde: 2022-2025*. Manacapuru: SEMSA.

Telo, S. V., & Witt, R. R. (2018). Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3481-3490. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>



A Trajetória de Joselio Martins na Amazônia e o Projeto Cunhã: vozes e vidas que curam no município de Manaquiri

Joselio da Silva Martins
Marlethy Monteiro da Silva
Rosijane Bentes Duarte
Lupuna Corrêa de Souza

Introdução

A promoção da saúde integral na região amazônica impõe desafios complexos e singulares. A vasta extensão territorial, as grandes distâncias entre comunidades, a escassez de serviços especializados e a diversidade cultural tornam indispensável a construção de estratégias de cuidado sensíveis ao território e às realidades locais. Nesse contexto, destacam-se iniciativas que articulam práticas de saúde com saberes tradicionais, inovação social e protagonismo comunitário.

O capítulo apresenta a trajetória de Joselio da Silva Martins, enfermeiro, cineasta e jovem liderança amazônica, cuja atuação tem se tornado referência na integração entre saúde pública, cultura e ancestralidade. Nascido em Manaus, em 1996, Joselio carrega em sua identidade a força de múltiplas heranças: indígenas e cearenses. Inspirado pelo exemplo de cuidado e empatia de sua mãe, Marlethy Monteiro, decidiu seguir carreira na Enfermagem em

2017, motivado pelo compromisso com o bem coletivo e pela valorização da vida em sua complexidade.

Ao longo dos anos, consolidou-se como uma liderança em seu município, Manaquiri (AM), atuando como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e Delegado Nacional pela Saúde e Educação. A sua atuação culminou na criação do Projeto Cunhã: vozes e vidas que curam, desenvolvido em parceria com estudantes do curso técnico em Enfermagem, com início em 2023. A experiência do Cunhã articula Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), conforme a Política Nacional do SUS (Brasil, 2017), com saberes tradicionais, rodas de conversa e ações de apoio à atenção primária, com foco especial na saúde da mulher em comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas.

As atividades do projeto, incluem: fitoterapia, massoterapia, geoterapia, dança circular, além de discussões sobre prevenção, autocuidado e enfrentamento de tabus relacionados à saúde feminina. Entre 2022 e 2024, o projeto ampliou significativamente o acesso a exames preventivos, como citopatológicos, mamografias e ultrassonografias, e promoveu o atendimento individualizado nas comunidades. Os resultados demonstram que a integração entre ciência e tradição, fortalece a autonomia das populações locais e contribui para a equidade em saúde.

Em 2025, Joselio teve seu trabalho reconhecido nacional e internacionalmente, ao conquistar o 1º lugar no prêmio “APS: Caminhos para a Saúde Universal”, concedido pela OPAS durante o maior evento de saúde pública do país, o Aqui Tem SUS Brasil. Na ocasião, também participou de intercâmbios em São José (SC) e Pau dos Ferros (RN), fortalecendo a troca de experiências entre diferentes realidades brasileiras. A história de Joselio expressa um encontro potente entre juventude, ancestralidade e inovação social, e revela como é possível transformar o cuidado em saúde por meio do diálogo entre saberes, da escuta ativa e do compromisso com a vida em sua diversidade.

Raízes e Identidades

A Amazônia constitui um território plural e multifacetado, onde saúde, arte e cultura se entrelaçam de maneira intrínseca, funcionando simultaneamente como dimensões de cuidado, resistência e afirmação identitária. Nesse contexto, destaca-se a trajetória de Joselio Martins, nascido em Manaus e residente em Manaquiri, município localizado a cerca de 60 km da capital do Amazonas. Manaquiri é um município de relevância histórica e cultural, situado às margens do Rio Solimões, com população estimada em cerca de 35 mil habitantes, majoritariamente composta por comunidades ribeirinhas e grupos indígenas que preservam saberes ancestrais. Sua economia baseia-se em atividades extrativistas, agricultura familiar, pesca e pequenos comércios locais, refletindo a dinâmica típica de muitas localidades amazônicas.

Apesar de sua riqueza cultural e ambiental, Manaquiri enfrenta desafios significativos no acesso a serviços de saúde, educação e infraestrutura, devido à dispersão territorial e às limitações logísticas da região amazônica. Dessa vivência e desse olhar sensível sobre as necessidades das comunidades, surgiu o Projeto Cunha, concebido em 2023 em parceria com estudantes do curso técnico em Enfermagem. Inicialmente, as ações do projeto centraram-se na implementação de PICS, incluindo fitoterapia, massoterapia e geoterapia. Com o tempo, o projeto expandiu sua abrangência, alcançando aldeias indígenas e comunidades ribeirinhas, adaptando suas atividades às práticas locais e incorporando elementos culturais como rodas de conversa, dança circular e reflexões sobre a saúde da mulher.

Além de promover cuidado físico e emocional, o Projeto Cunha atua como espaço de fortalecimento comunitário e valorização dos saberes tradicionais, reconhecendo que a saúde não se limita ao tratamento de doenças, mas envolve a promoção do bem-estar, a autonomia das pessoas e o respeito às práticas culturais de cada comunidade. A inserção do projeto em

Manaquiri evidencia como iniciativas locais podem potencializar a integração entre ciência, tradição e cultura, fortalecendo vínculos comunitários, promovendo a equidade em saúde e oferecendo modelos replicáveis para outras regiões amazônicas.

O Projeto Cunhã: Vozes e Vidas que curam

O Projeto Cunhã se estruturou como um espaço de articulação entre a atenção primária em saúde e saberes tradicionais, adotando metodologias participativas, inclusivas e culturalmente sensíveis. O objetivo central foi integrar educação em saúde, práticas culturais e cuidado individualizado, respeitando as especificidades de cada comunidade atendida em diferentes localidades amazônicas.

As principais estratégias metodológicas incluíram:

- **PICS nas comunidades:** foram realizadas atividades de fitoterapia, massoterapia e geoterapia em espaços coletivos, promovendo cuidado físico e bem-estar emocional. As ações incluíram orientação sobre o uso seguro de plantas medicinais, exercícios de relaxamento e técnicas de autocuidado, valorizando o conhecimento local e promovendo a participação ativa dos moradores;
- **Expansão para aldeias indígenas:** as ações foram adaptadas às práticas culturais e necessidades específicas dessas comunidades. Priorizaram-se a fitoterapia e as rodas de conversa, que permitiram compartilhar experiências, discutir questões de saúde e promover o diálogo entre saberes tradicionais e práticas de saúde modernas;
- **Formação de técnicos de enfermagem indígenas:** a inclusão de turmas de formação no projeto fortaleceu a legitimidade das ações e ampliou o alcance do projeto, capacitando agentes locais para

atuar como mediadores do cuidado integrativo. Essa estratégia contribuiu para a sustentabilidade do projeto, garantindo que os conhecimentos adquiridos pudessem ser replicados e continuados pela própria comunidade;

- **Dança circular e rodas de memória:** práticas culturais foram incorporadas como formas de cuidado coletivo e expressão comunitária. Essas atividades promoveram autocuidado, resgate de saberes ancestrais e reflexão sobre modos tradicionais de tratar doenças antes do uso de medicamentos industrializados, fortalecendo a identidade cultural e a coesão social;
- **Educação em saúde da mulher:** foram realizadas orientações sobre a coleta de exames preventivos, a importância da busca ativa pelos serviços de saúde e a quebra de tabus relacionados à sexualidade e ao corpo feminino. Essa ação incluiu discussões sobre autocuidado, prevenção de doenças e fortalecimento da autonomia das mulheres, integrando informações técnicas com respeito às práticas culturais locais.

Além disso, o projeto adotou estratégias contínuas de avaliação e adaptação, ajustando atividades conforme a realidade de cada comunidade e garantindo que as práticas fossem sensíveis aos contextos ambientais, sociais e culturais. A participação de líderes comunitários, agentes de saúde e familiares foi essencial para o engajamento da população, a legitimidade das ações e a promoção de vínculos de confiança entre profissionais e comunidade. Essa metodologia evidencia que a promoção da saúde integral depende da articulação entre saberes científicos e tradicionais, da valorização das práticas culturais locais e da participação ativa da comunidade, consolidando o Projeto Cunhã como um modelo replicável de cuidado, educação e fortalecimento comunitário na Amazônia.

Saúde Ribeirinha como Caminho de Transformação

O Projeto Cunhã gerou impactos mensuráveis e simbólicos, fortalecendo o cuidado em saúde de forma intercultural. Os dados a seguir demonstram o crescimento e a consolidação da iniciativa entre 2022 e 2024.

Tabela 1. Demonstrativo de Crescimento do Projeto.

Indicador	2022	2023	2024
Coletas citopatológicas	711	1508	1202
Mamografias	27	42	96
Ultrassonografias (transvaginal)	205	495	283
Ultrassonografias (mamas)	112	184	101
Atendimentos individuais	14.442	16.004	15.455

Fonte: Dados extraídos da Unidade de Saúde de Manaquiri, 2025. Fonte interna, não publicada, 2025.

Os resultados evidenciam um crescimento expressivo no acesso a exames preventivos e na procura por atendimentos de saúde, conforme representado na trabalho acima. A coleta citopatológica, por exemplo, mais que dobrou entre 2022 e 2023. A ampliação das mamografias e ultrassonografias também sinaliza maior conscientização sobre a importância do rastreamento precoce. Dessa forma, a experiência do Projeto Cunhã revela que o fortalecimento da saúde na Amazônia passa pela valorização dos saberes tradicionais e pela construção de vínculos comunitários. As PICS e as rodas de conversa permitiram resgatar práticas ancestrais, como o uso de plantas medicinais, ao mesmo tempo em que estimularam a adesão a exames preventivos fundamentais.

A incorporação da dança circular e do diálogo sobre a saúde da mulher mostrou-se eficaz para quebrar tabus e promover uma abordagem integral e

humanizada. Além disso, o engajamento dos próprios indígenas em formação técnica em enfermagem assegura a continuidade do projeto e a legitimidade cultural das práticas.

Considerações finais

O Projeto Cunhã representa uma experiência inovadora e profundamente transformadora de cuidado intercultural na Amazônia. Atuando na interface entre saberes e práticas tradicionais, o projeto constrói pontes entre mundos distintos, promovendo um modelo de atenção à saúde que respeita e valoriza a diversidade cultural dos povos amazônicos.

Ao articular diferentes formas de conhecimento, o Cunhã amplia o acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que fortalece identidades, saberes ancestrais e práticas comunitárias. Mais do que oferecer respostas técnicas para desafios de saúde, o projeto coloca no centro do cuidado o diálogo, a escuta e o reconhecimento da complexidade do território amazônico, não apenas em termos geográficos, mas também sociais, culturais e espirituais. Nesse contexto, os dados colhidos ao longo da implementação revelam não apenas a eficácia das estratégias utilizadas, mas também a potência transformadora da juventude amazônica, que tem se mostrado protagonista na criação de soluções sustentáveis, inovadoras e enraizadas nas realidades locais.


O Projeto Cunhã se diferencia por sua abordagem horizontal e participativa, que envolve lideranças comunitárias, profissionais da saúde, mestres e mestras da medicina tradicional, além de jovens mobilizadores culturais. Essa rede colaborativa permite a construção de ações que respeitam os modos de vida locais e respondem de forma sensível e contextualizada às necessidades da população. Ao fazer isso, o projeto promove um modelo de saúde integral, que não dissocia o corpo da mente, nem a saúde do território.

Longe de ser uma intervenção pontual, o Cunhã consolidou-se como um verdadeiro movimento comunitário, inspirando outras iniciativas na região e provocando reflexões sobre as limitações dos modelos hegemônicos de cuidado. Sua trajetória demonstra que, na Amazônia, promover saúde exige mais do que estrutura física e recursos técnicos: requer escuta ativa, respeito à ancestralidade, valorização da cultura e compromisso com a justiça social.

Em tempos de crescentes ameaças aos direitos territoriais, ambientais e culturais dos povos da floresta, o Projeto Cunhã reafirma que é possível (e necessário) construir práticas de cuidado que unam ciência e tradição, inovação e memória, juventude e ancestralidade. Ao fazer isso, ele nos convida a repensar o futuro da saúde pública no Brasil, a partir da Amazônia e com a Amazônia.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Manual de Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Primária*. Brasília: MS.
- OPAS. (2022). Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção Primária à Saúde: Caminho para a Saúde Universal*. Brasília: OPAS/OMS.
- OMS. (2023). Organização Mundial da Saúde. *WHO Traditional Medicine Strategy 2025–2034*. Geneva: World Health Organization.
- Silva, M. C., & Almeida, R. F. (2021). Práticas integrativas e complementares na saúde da mulher: desafios e possibilidades na atenção primária. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 1159–1172. <https://doi.org/10.1590/1519-3829-2021-004>
- Sousa, J. P., & Martins, A. C. (2020). Saúde da mulher indígena na Amazônia: diálogos entre saberes tradicionais e biomédicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7), e00215719. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00215719>
- Teixeira, C. F., & Sampaio, J. J. (2019). Práticas integrativas, cultura e saúde: experiências em comunidades tradicionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4573–4582. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.12312019>



Dr. Sorriso da Floresta”: estratégia de promoção do acesso à saúde bucal em comunidade ribeirinha de Manaus, AM

**Elves de Sá Guedes
Kátia Regina Felizardo Vasconcelos
Renilson Brito Gomes
Fabiana Mânica Martins**

Primeiras palavras – do termo à categoria

O termo ‘população ribeirinha’ refere-se ao conjunto de pessoas que residem em áreas próximas à cursos d’água e que dependem dos recursos naturais desse ecossistema para sua subsistência. Essa população é contemplada pelo Decreto Nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais - PNPCT e pela portaria nº 2.866/2011 que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

Para este trabalho, entendemos o ribeirinho enquanto categoria social, que segundo possui seus modos de vida atrelada, imbricada aos rios, sendo o rio o seu principal meio de relacionar-se ao cotidiano das suas existências. No entanto, a identidade de ser ribeirinho não está determinada geograficamente, mas pelos modos de vida e as dinâmicas ambientais e políticas do território líquido (Medeiros, 2023; Almeida et al., 2022). Esse meio ou modo de existir está relatada,

no estudo da autora, nas atividades de existência como a pesca, caça, organização do trabalho. Os seus modos de existir no mundo ainda estão presentes as festividades, os conhecimentos tradicionais, os sentidos de pertencimento a um território.

No âmbito das políticas públicas de saúde do Brasil, se preconiza a “universalidade” e “equidade”, sendo esses, dois dos três princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o acesso aos serviços de saúde é dificultado com baixa oferta para alta demanda, principalmente nas regiões amazônicas, mediada pelas águas. Nestes espaços, é necessário ultrapassar barreiras locais que envolvem ausência de saneamento básico, água tratada e baixo nível de escolaridade, ocasionados por limitações territoriais inerentes à Amazônia Legal.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada na comunidade Nossa Senhora do Livramento em 2011. Durante a produção do Perfil Epidemiológico da área adscrita, entre abril e junho do mesmo ano, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) relataram os seguintes pontos:

- Os comunitários das comunidades mais distantes reclamavam das longas caminhadas durante o período de seca, o que resultava em baixa procura pelos serviços oferecidos na Unidade de Saúde da Família Rural (USFR);
- Havia resistência dos comunitários em participar das atividades da Unidade de Saúde da Família (USF) e falta de empatia entre os ribeirinhos e os indígenas que vivem no território adscrito, fruto da migração, e não habitam mais seus territórios demarcados;
- Resistência em receber os profissionais de saúde nas visitas domiciliares, ou os moradores não estavam em casa no horário da visita, por vários motivos, desde estarem no trabalho de pesca, caça ou roçado até terem se deslocado até o centro da cidade para suas demandas pessoais;
- Baixa adesão ao pré-natal odontológico, com resistência à adesão;
- Quando questionados sobre a frequência de escovação dos dentes, 90% dos escolares responderam que escovavam os dentes apenas uma vez, e a escova era compartilhada com outros membros da

família, o que contribuía para o alto índice de absenteísmo devido a problemas de saúde bucal.

Neste trabalho, olharemos para o cenário da experiência sob as lentes da categoria analítica: território líquido. Trata-se de uma categoria cunhada pelo Laboratório Lahpsa/Fiocruz/Amazônia, desenvolvida para compreender as condições singulares da produção da saúde na Amazônia, em especial nos territórios ribeirinhos. Diferencia-se do território urbano e metropolitano por sua dinâmica da sazonalidade das águas, que são os ciclos das águas que mobilizam a vida dos ribeirinhos e que, a partir deles têm a sua organização social, cultural, econômica.

Para além da metáfora das águas, as políticas públicas têm de aprender a partir dos modos de organização dos territórios amazônicos que são marcados pela potência das águas, pela diversidade cultural e pela flexibilidade de suas fronteiras e temporalidades. Ele se caracteriza pela produção da vida e da saúde em condições singulares, onde saberes tradicionais e oficiais se entrelaçam, e onde a logística, as distâncias e a sazonalidade desafiam a organização das políticas públicas. É um território vivo, simbólico e em constante transformação, que exige novas formas de pensar a integralidade, a cidadania e o bem viver (Schweickardt, Lima & Ferla, 2021). Neste contexto do território líquido, o objetivo desse texto é relatar a experiência de promoção, inclusão e ampliação do acesso à saúde bucal para os usuários do Sistema Único de Saúde da comunidade rural/ribeirinha Nossa Senhora do Livramento, em Manaus-AM.

O Cenário da experiência – a categoria território líquido marcada nos corpos dos trabalhadores da saúde e usuários do SUS

A figura 01 ilustra a localização da experiência e faz um convite sensível ao leitor: faça um duplo mergulho, um no território líquido do mundo

do cuidado e da vida Amazônica com as lentes da potência de criação para a promoção do cuidado integral em territórios rurais. O outro mergulho é na categoria epistêmica que fundamenta o pensamento de que a produção de pensamento, ou seja, de ciência também acontece no SUS, para o SUS e com o SUS rural, ribeirinho, onde as águas ditam como devemos trabalhar.

Significa dizer que não são somente as pessoas, a fauna e a flora que se adapta e coexiste com o movimento das águas, significa dizer que o mundo do trabalho *em ato* acontece a partir das vozes desse território, que é líquido, é potente, é criativo e inovador nos modos de cuidar compartilhado. Neste território, poderia dizer neste palco, todos são atores e atrizes: os usuários, as usuárias, as crianças, as professoras, os trabalhadores.

Figura 1. Vista aérea da Comunidade Nossa Senhora do Livramento.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2023.

A comunidade está localizada na margem esquerda do Baixo Rio Negro, no Igarapé do Tarumã-Mirim, próximo à foz com o Rio Negro, dentro da Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) do Tupé, a 8 km de distância, com acesso exclusivamente fluvial. A população adscrita é composta por povos indígenas de diversas etnias (Baré, Tariano, Ticuna, Mura, entre outras) que migraram de seus territórios de origem, territórios demarcados em busca de condições melhores de vida, mais próximas da cidade e por ribeirinhos, também conhecidos localmente como caboclos ribeirinhos, entretanto, vamos nos ater neste trabalho à categoria social ribeirinho. Os habitantes têm as suas atividades produtivas relacionadas ao trabalho no campo (manejo da terra), pesca, artesanato e benefícios sociais promovidos pelas políticas públicas de assistência social.

Quadro 1. Área de abrangência e distância até a USFR Nossa Senhora do Livramento, Manaus.

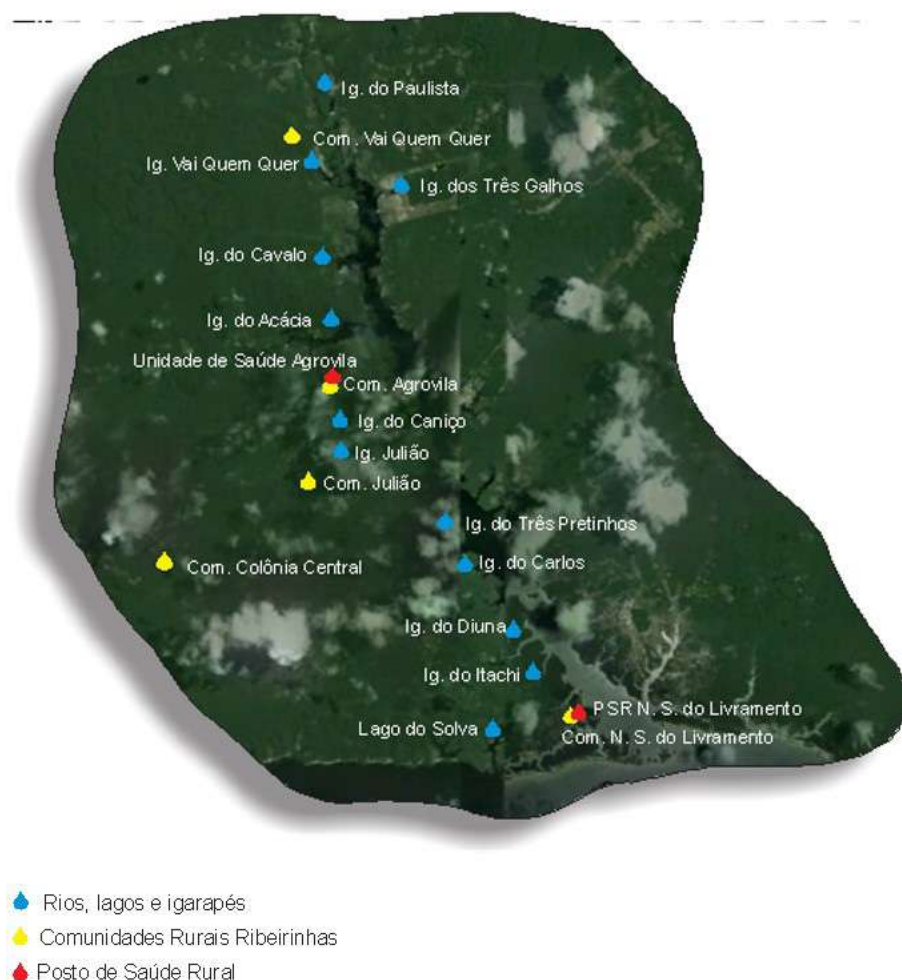
COMUNIDADE	DISTÂNCIA DA USFR
Comunidade Julião	4 km
Comunidade Vai Quem Que	17 km
Comunidade Colônia Central	14 km
Comunidade Tupé	10 km
Comunidade Agrovila	7 Km

Fonte: Autoria própria a partir da territorialização, 2016.

A ESF 535 é responsável em média por 300 famílias, totalizando aproximadamente 1.300 pessoas, e, com a inclusão da saúde bucal na Estratégia ampliou-se o acesso à saúde integral das pessoas do território. A Unidade de Saúde da Família Rural (USFR) Nossa Senhora do Livramento está localizada na comunidade de mesmo nome e funciona como polo para as demais comunidades, uma vez que sua área de abrangência inclui outras comunidades, conforme descrito na Tabela 01 e Figura 02.

A Figura 02 mostra as distancias e a logística necessária para atuar no território rural e ribeirinho da cidade de Manaus. Importante destacar que há o desafio na promoção de acesso pela característica das mudanças hidrológicas, com o fenômeno da seca e enchente dos rios. Além disso, as mudanças climáticas têm produzido eventos extremos que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde e às necessidades básicas da vida.

Figura 2. Território de abrangência da USFR Nossa Senhora do Livramento.



Fonte: Autoria própria a partir da territorialização, 2016.

O relato de experiência busca apresentar a implantação e implementação de estratégias lúdicas para ampliar a participação de usuários e o seu acesso à consulta odontológica, à prevenção de agravos e à promoção da saúde bucal à toda população adscrita. Assim, organizamos nosso relato em dimensões que são as intencionalidades de “fazer para e fazer com” o território, e, para cada dimensão descrevemos as ações e as estratégias desenvolvidas. No quadro 02 uma tentativa de síntese ilustra e busca sistematizar as vivências dos autores.

Quadro 2. Ações realizadas no território líquido para promoção da saúde bucal.

Dimensão/ intencionalidade	Ações/ Estratégias
Estratégias Lúdicas e Inovadoras	- Criação do personagem “Dr. Sorriso da Floresta” como mediador cultural e afetivo. - Uso de abordagens leves e descontraídas para aproximar a comunidade. - Maloca do Conto como prática inovadora de protagonismo comunitário. - Passeatas temáticas como recurso educativo e mobilizador. - Programa na Rádio Comunitária. - Criação e fortalecimento do Grupo da Melhor Idade.
Promoção da Saúde Bucal	- Distribuição de kits de saúde bucal, com prioridade para comunidades distantes. - Busca ativa de gestantes resistentes ao pré-natal odontológico. - Atendimento em domicílio para pessoas restritas ao lar. - Agendamento para tratamento curativo nas Unidades de Saúde da Família Rural.
Acesso e Comunicação em Saúde	- Uso da rádio comunitária com o programa “Momento Saúde”.- Divulgação de informações sobre prevenção, tratamento, práticas multiprofissionais e saúde geral. - Comunicação como ferramenta de inclusão e participação social.- Incentivo ao protagonismo comunitário nas ações de saúde.
Criação diante das Condições do Território Líquido	- Estratégias ajustadas às realidades do ciclo das águas (secas severas, cheias). - Garantia de continuidade do cuidado em contextos de difícil acesso. - Integração do cuidado ao território rural e ribeirinho. - Construção de vínculos sociais e afetivos que sustentam o cuidado.

Fonte: Autoria própria a partir da descrição da experiência, 2025.

O personagem “Dr. Sorriso da Floresta” surgiu como um personagem criado para levar alegria e descontração às visitas domiciliares de saúde bucal, caracterizado como ribeirinho exagerado, com camisa largas e seu chapéu grande, promove maior aproximação com a comunidade. Com sua presença lúdica e educativa, ele ajuda a quebrar barreiras e a tornar a experiência de cuidado com a saúde mais agradável e acessível.

A importância de usar recursos como o Dr. Sorriso da Floresta está em:

- Reduzir a ansiedade e o medo associados às visitas de saúde bucal, especialmente em crianças e adultos com experiências negativas anteriores;
- Promover a educação em saúde de forma divertida e interativa, aumentando a conscientização sobre a importância da higiene bucal e da prevenção de doenças;
- Estabelecer uma conexão emocional com a comunidade, tornando as visitas domiciliares mais eficazes e aumentando a adesão aos cuidados de saúde bucal;
- Humanizar o atendimento em saúde, mostrando que os profissionais de saúde estão ali para ajudar e apoiar, e não apenas para realizar procedimentos. Com o Dr. Sorriso da Floresta, as visitas domiciliares de saúde bucal se tornam uma experiência positiva e enriquecedora, contribuindo para a melhoria da saúde bucal e do bem-estar da comunidade.

Figura 3. Doutor Sorriso da Floresta.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2025.

As visitas são realizadas em diferentes locais, como domicílios, roças, igarapés, campos de futebol e outros locais onde a vida cotidiana da comunidade acontece. A equipe adapta suas abordagens de acordo com o ambiente e a realidade de cada morador, o que torna as orientações sobre saúde bucal mais leves, acessíveis e compreensíveis, respeitando os saberes populares e o contexto sociocultural local.

Quando o usuário não se encontra em casa no momento da visita programada, não é incomum que a equipe o procure onde ele estiver – seja

trabalhando na roça, participando de atividades comunitárias, pescando no igarapé ou até mesmo em espaços de lazer. Essa flexibilidade e disposição para ir ao encontro da pessoa onde está, refletem o compromisso com a atenção integral à saúde e fortalecem o vínculo entre os profissionais e a comunidade. Além disso, essas ações promovem uma escuta qualificada e ampliada, permitindo que a equipe identifique demandas de saúde que muitas vezes não são verbalizadas em atendimentos tradicionais, fortalecendo a relação de confiança com a população e contribuindo para a construção de práticas de cuidado mais humanizadas, resolutivas e culturalmente sensíveis.

Figura 4. Visita domiciliar.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2024.

Prioriza-se o atendimento de usuários de comunidades mais distantes, especialmente durante o período de cheia do rio, quando as condições de acesso são mais favoráveis. Nesse período, as canoas conseguem atracar próximas à Unidade de Saúde da Família, facilitando a chegada dos pacientes.

Essa priorização é fundamental para garantir que as comunidades mais isoladas tenham acesso aos cuidados de saúde bucal necessários. Além disso, durante essas visitas, são distribuídos kits de saúde bucal, contendo materiais essenciais para a higiene e prevenção de doenças bucais.

A estratégia de priorizar o atendimento durante o período de cheia do rio demonstra a flexibilidade e a capacidade de adaptação da equipe de saúde para atender às necessidades específicas da comunidade, superando as barreiras geográficas e garantindo que todos tenham acesso aos cuidados de saúde necessários. Essa abordagem não só melhora a saúde bucal dos pacientes, mas também fortalece a relação entre a equipe de saúde e a comunidade, mostrando que a USFR está comprometida em atender às suas necessidades de forma eficaz e acessível.

Figura 5. Atendimento as comunidades mais distantes – cheia dos rios.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2025.

A **busca ativa de gestantes** é uma estratégia fundamental para garantir que todas as mulheres grávidas tenham acesso ao pré-natal odontológico. Realiza-se a busca ativa de gestantes resistentes ao pré-natal odontológico, com o objetivo de identificar e atender às necessidades específicas de saúde bucal dessa população. Durante a busca ativa, a equipe de saúde bucal trabalha em estreita colaboração com os agentes comunitários de saúde e outros profissionais da Unidade de Saúde da Família Rural (USFR) para localizar e contatar as gestantes que ainda não realizaram o pré-natal odontológico, oferecendo atendimento a toda sua família, pré-natal odontológico familiar.

A importância da busca ativa de gestantes para o pré-natal odontológico está em:

- Garantir que as gestantes recebam orientação e cuidado adequado para manter a saúde bucal durante a gravidez, reduzindo o risco de complicações e melhorando a saúde geral da mãe e do bebê;
- Identificar e tratar problemas de saúde bucal que possam afetar a saúde da gestante e do feto, como cáries, doenças periodontais e outras condições bucais;
- Educar as gestantes sobre a importância da higiene bucal e da prevenção de doenças bucais, promovendo hábitos saudáveis que beneficiem a saúde bucal da família como um todo;
- Fortalecer a relação entre a equipe de saúde e a comunidade, demonstrando o compromisso da USFR em atender às necessidades específicas das gestantes e promover a saúde integral. Com a busca ativa de gestantes, a equipe de saúde bucal pode garantir que todas as mulheres grávidas recebam o cuidado e a orientação necessários para manter a saúde bucal e geral durante a gravidez e além.

Figura 6. Ação de busca ativa de gestantes para pré-natal odontológico.



Fonte: Acervo de Elvies de Sá Guedes, 2022.

A **rádio comunitária** é uma ferramenta poderosa para disseminar informações e promover a saúde na comunidade. Com o programa “Momento Saúde”, a equipe de saúde bucal utiliza essa voz comunitária para abordar temas importantes, como saúde bucal, prevenção, tratamento e questões gerais de saúde. Anteriormente subutilizada, a rádio comunitária agora é uma estratégia fundamental para alcançar um público mais amplo e diversificado. O **Momento Saúde** é um programa que vai além da saúde bucal, abordando também atividades multiprofissionais e questões gerais de saúde que afetam a comunidade.

A importância do uso da rádio comunitária está em:

- Ampliar o alcance das informações de saúde para uma audiência mais ampla, incluindo aqueles que podem não ter acesso a outras

fontes de informação;

- Promover a conscientização sobre temas importantes de saúde bucal e geral, incentivando a prevenção e o tratamento precoce;
- Fortalecer a relação entre a equipe de saúde e a comunidade, demonstrando o compromisso da Unidade de Saúde da Família Rural (USFR) em atender às necessidades específicas da população;
- Oferecer uma plataforma para a equipe de saúde bucal e outros profissionais compartilharem conhecimentos e experiências, promovendo a educação em saúde de forma acessível e atraente. Com o “Momento Saúde”, a rádio comunitária se torna uma ferramenta valiosa para promover a saúde e o bem-estar na comunidade, alcançando um público mais amplo e diversificado.

Figura 7. Programa “Momento Saúde” na rádio comunitária.



Fonte: Acervo do autor, 2014.

A Implantação da Escovação Dental Diária na Escola: Iniciamos o projeto com reuniões com pais e professores para destacar a importância da saúde bucal na vida e no rendimento escolar dos alunos. Durante o primeiro mês, a equipe de Saúde Bucal e os ACS realizaram diariamente a escovação supervisionada após as refeições na escola. Posteriormente, essa responsabilidade foi transferida para os professores, que passaram a supervisionar a atividade.

Atualmente, a equipe de saúde visita a escola uma vez por mês, quando são realizadas as seguintes atividades:

- Escovação supervisionada;
- Aplicação tópica de flúor;
- Exame epidemiológico.

Os alunos que necessitam de tratamento curativo são agendados para atendimento na Unidade de Saúde da Família (USF). A cada três meses, distribuímos dois kits de saúde bucal para cada aluno, contendo escova, creme dental e fio dental. Um kit fica na escola e o outro na residência do aluno. Além disso, durante as visitas domiciliares, os familiares dos alunos também são avaliados e, se necessário, agendados para tratamento curativo na USF. Essa abordagem integrada visa promover a saúde bucal não apenas dos alunos, mas também de suas famílias.

Figura 8. Escovação supervisionada na escola.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2023.

A **Maloca do Conto** foi integrada como prática inovadora, destacando-se pelo protagonismo comunitário na promoção da saúde. Maloca do Conto, um espaço de trocas de saberes e experiências que visa promover o cuidado coletivo. De 2013 até os dias de hoje a Maloca foca no ouvir e compartilhar, fortalecendo o entendimento entre os diferentes grupos da comunidade. Integra objetos antigos e práticas culturais da comunidade, promovendo a valorização da história e do patrimônio local. O espaço, montado no centro social comunitário, utiliza materiais naturais da região, como folhas secas, palhas de buriti e outras palmeiras, além de uma rede, criando um ambiente

lúdico e acolhedor. No centro, uma canoa substitui a cadeira, simbolizando o meio de transporte tradicional usado nas viagens e histórias da comunidade. Ao entrar na canoa, os participantes se preparam para compartilhar suas memórias, como se estivessem navegando pelos rios, visitando grandes centros ou retornando com caças para a casa.

A dinâmica ocorre em roda, coordenada por um membro qualificado. Cada participante utiliza um objeto que represente suas memórias para contar histórias, músicas, danças, versos ou brincadeiras. Esse espaço se torna um ponto de resgate cultural, onde a troca de saberes e a valorização das vivências locais acontecem de forma colaborativa e significativa. A “Maloca do Conto” fortalece vínculos comunitários e promove a saúde de forma integrada, sensível às particularidades culturais da região que fica localizada em uma área de difícil acesso. Atende grupos como idosos, grávidas, homens, crianças e hipertensos, fortalecendo os vínculos entre a comunidade e os profissionais de saúde, criando um ambiente de colaboração e participação ativa.

Figura 9. Maloca do Conto – um espaço de trocas de saberes e experiências.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2025.

As **passeatas temáticas** são um recurso educativo e mobilizador eficaz em ações de saúde, pois permitem:

- Promover a conscientização: Abordar temas específicos de saúde de forma criativa e interativa, aumentando a conscientização da população sobre questões importantes.
- Mobilizar a comunidade: Envolver a comunidade local na discussão e no debate sobre temas de saúde, incentivando a participação ativa e a responsabilidade coletiva.
- Educação em saúde: Utilizar as passeatas como uma ferramenta educativa, fornecendo informações precisas e atualizadas sobre temas de saúde relevantes.
- Visibilidade e alcance: Atingir um público mais amplo, incluindo aqueles que podem não ter acesso a informações de saúde por outros meios.
- Integração comunitária: Fortalecer os laços comunitários e promover a solidariedade entre os membros da comunidade, incentivando a colaboração e o apoio mútuo.

Figura 10. Passeata temática em saúde bucal.



Fonte: Acervo de Elvies de Sá Guedes, 2025.

A Formação do Grupo da Melhor Idade é uma iniciativa valiosa que contribui significativamente para a qualidade de vida dessa população, fortalecendo o engajamento local e promovendo a saúde e o bem-estar. O Grupo da Melhor Idade é uma estratégia eficaz de promoção de saúde que visa, além de outros benefícios, promover a socialização, oferecendo oportunidades para que os idosos se conectem, compartilhem experiências e desenvolvam relacionamentos sociais significativos.

Figura 11. Grupo da Melhor Idade em atividade comunitária.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2014.

Mesmo diante de adversidades ambientais, como secas severas e cheias, as adaptações garantem que os cuidados em saúde bucal cheguem a todo o território, incluindo atendimentos domiciliares para pacientes restritos ao lar ou agendamentos para tratamento curativo na Unidade de Saúde da Família Rural. Algo que nos preocupa a cada ano no planejamento tem

relação intrínseca com as mudanças climáticas, pois o que se tem observado é que, a cada ano os extremos são mais severos e a população sofre ainda mais. Como promover a integralidade do cuidado com esse atravessamento das emergências climáticas?

Figura 12. Cuidados em Saúde Bucal - Comunidade Ribeirinha.



Fonte: Acervo de Elves de Sá Guedes, 2011.

As prospecções dessas ações nos corpos e no território líquido

Se o território líquido é o lugar da potência de acontecer e não o lugar da falta, logo, a experiência de criar estratégias, que não estão nos protocolos das grandes metrópoles ou nos organogramas ministeriais, para garantir o

acesso à consulta odontológica e todas as outras formas de cuidado à saúde bucal integral apresentou resultados positivos, como por exemplo, uma grande aceitação do novo modelo de saúde adotado. O que nos faz entender que não se trata apenas de ofertar o acesso, se trata aqui de um cuidado que é intercultural, que atravessa histórias, sonhos, desejos, anseios dos modos de viver naquele território.

Inclusive, a estratégia do Dr. Sorriso da Floresta, por exemplo, foi primeiramente um aprendizado de se desterritorializar, como diria Deleuze (2013), enquanto profissional odontólogo hegemônico, para se reterritorializar (ou seja, criar novos modos, novos sentidos de potencializar o cuidado que não foi ensinado na academia) no território dos povos locais. O deslocamento do corpo do odontólogo formatado nos muros acadêmicos é uma zona de passagem que interpela à criação de linhas de fuga no campo da Saúde Coletiva. Aqui, não há o que interpretar, é produção de trabalho vivo in ato, como diria Merhy (2014).

Outro aspecto importante é que o Dr Sorriso da Floresta ajudou a reduzir à ansiedade e medo em relação às intervenções na saúde bucal, promovendo educação em saúde de forma divertida, estabelecendo conexão emocional com as pessoas da comunidade e humaniza o atendimento em saúde. Além do mais, tornou as visitas domiciliares mais eficazes e melhorou a saúde bucal e o bem-estar da comunidade.

As visitas domiciliares e comunitárias promoveram um aumento da acessibilidade às orientações de saúde bucal, fortaleceram o vínculo entre profissionais e comunidade, identificaram demandas de saúde não verbalizadas e contribuíram para práticas de cuidado mais humanizadas e culturalmente sensíveis, fortalecendo a relação de confiança entre a equipe e a população.

A priorização do atendimento de usuários de comunidades distantes durante o período de cheia do rio permitiu que a equipe de saúde bucal alcançasse essas comunidades de forma mais eficaz, garantindo acesso aos cuidados necessários e distribuindo kits de saúde bucal. Essa abordagem

flexível e adaptada às necessidades da comunidade fortaleceu a relação entre a equipe de saúde e a população, demonstrando o compromisso da USFR em oferecer cuidados de saúde acessíveis e eficazes.

A busca ativa de gestantes permitiu que a equipe de saúde bucal identificasse e atendesse às necessidades específicas de saúde bucal das mulheres grávidas, garantindo orientação e cuidado adequado, identificando e tratando problemas de saúde bucal, educando sobre higiene e prevenção, e fortalecendo a relação entre a equipe e a comunidade, promovendo a saúde integral das gestantes e suas famílias. A adesão das gestantes ao pré-natal odontológico aumentou significativamente, atingindo hoje 100%, refletindo a eficácia das estratégias de engajamento. O Momento Saúde na rádio comunitária ampliou o alcance das informações de saúde, promoveu a conscientização sobre temas importantes, fortaleceu a relação entre a equipe de saúde e a comunidade e ofereceu uma plataforma para compartilhar conhecimentos e experiências, promovendo a educação em saúde de forma acessível e atraente, e contribuindo para a saúde e o bem-estar da comunidade.

A equipe de saúde bucal implementou com sucesso a escovação dental diária na escola, promovendo a saúde bucal dos alunos através de atividades como escovação supervisionada, aplicação de flúor e exames epidemiológicos, além de distribuir kits de saúde bucal e oferecer tratamento curativo para os alunos e suas famílias, fortalecendo a saúde bucal da comunidade escolar e familiar. Houve uma evolução positiva na saúde bucal da comunidade, com destaque para os escolares, que passaram a adotar hábitos mais saudáveis, como a escovação diária nas escolas. Quando se iniciou o CPOD era 6,6 (muito alto), com o trabalho consolidado, diminuiu para 2,6 (baixo), segue-se em busca de um índice muito baixo aos 12 anos, assim, o plano de cuidado proposto foi concebido e implementado na busca de ampliar o direito de acesso à saúde bucal como uma condição de cidadania.

A Maloca do Conto promoveu um espaço de trocas de saberes e experiências, fortalecendo o entendimento entre os diferentes grupos da

comunidade e valorizando a história e o patrimônio local. Através da dinâmica de compartilhamento de memórias e histórias, a Maloca do Conto fortaleceu vínculos comunitários, promoveu a saúde de forma integrada e sensível às particularidades culturais da região, criando um ambiente de colaboração e participação ativa entre a comunidade e os profissionais de saúde.

As passeatas temáticas alcançaram resultados significativos, promovendo a conscientização sobre temas importantes de saúde, mobilizando a comunidade e incentivando a participação ativa, além de fornecer educação em saúde e fortalecer os laços comunitários, atingindo um público amplo e promovendo a solidariedade e colaboração entre os membros da comunidade. A Formação do Grupo da Melhor Idade promoveu a socialização e o bem-estar dos idosos, fortalecendo o engajamento local e oferecendo oportunidades para que eles se conectem e compartilhem experiências, contribuindo significativamente para a qualidade de vida dessa população e promovendo a saúde de forma eficaz.

A crescente participação nas ações coletivas, como a Maloca do Conto, grupo de idosos, gestantes, passeatas, teatro com comunitários, escolares e rodas de conversa, demonstrou o envolvimento ativo da comunidade, pois quando se iniciou em 2011, antes desse enfoque mais preciso e direto percebia-se desinteresse e pouca participação nas atividades relacionadas à saúde como um todo. Adesão de 100% dos povos originários aos serviços ofertados, antes 12%. A interação entre a comunidade e a Unidade de Saúde da Família Rural Nossa Senhora do Livramento também se fortaleceu, resultando em maior cooperação nas ações de saúde e o tão desejado vínculo dos usuários do território adscrito com a equipe.

Desse modo, as ações e estratégias de cuidar neste território líquido apresentado no texto são as principais evidências de que o cuidado na Amazônia é de um lugar da conexão, do encontro das margens dos rios e das existências amazônicas na superfície dos encontros imediatos: o encontro do cuidado no SUS rural, ribeirinho, Amazônico.

Como disse Martins (2022), os territórios da produção de saúde são moveáveis, mutáveis, pulverizados de afecções e diversidades, são líquidos. Lembrando que não se trata da fragilidade dessa condição, mas a flexibilidade que esse modo de produção de pensamento sobre a Amazônia, quando o cuidado no território ribeirinho e indígena permite conectar as margens e os pontos das mais diferentes superfícies existenciais. Nesse sentido, não estamos falando do lugar da falta, estamos falando do lugar da criação, da inventividade, da inovação e estamos afirmando com veemência na USFR Nossa Senhora do Livramento: AQUI TEM SUS!

Ponderações nada finais

“No território líquido, o cuidado não se encerra em protocolos, mas se reinventa na travessia. É desejo em ato, excesso criador que se refaz no encontro entre trabalhadores e comunidade. Se este mergulho te afetou, já cumpriu sua intenção: abrir brechas no instituído e deixar o caminho aberto para novas invenções do existir em saúde”.

Elves Guedes

A estratégia desenvolvida para garantir o acesso à consulta odontológica e à promoção da saúde bucal atendeu às necessidades da comunidade, oferecendo uma nova abordagem que integra promoção, inclusão, ampliação, prevenção e recuperação da saúde bucal de maneira integral. O estreito relacionamento entre os profissionais e a comunidade foi essencial para o sucesso da ação. As estratégias implementadas superaram desafios, como as intempéries da natureza e a sazonalidade dos rios, que dificultaram o acesso e a logística das embarcações, além de obstáculos como longas caminhadas, poluição dos rios, falta de saneamento básico e o crescimento desordenado das comunidades, especialmente na Agrovila.

A experiência ressaltou a importância de despir-se das vaidades hegemônicas do saber e vivenciar a realidade da comunidade para entender suas demandas. Envolver a equipe no formato proposto e engajar os comunitários nas ações coletivas foram desafios superados com improvisos que se mostraram exitosos e contagiantes.


Sugere-se que para ações e iniciativas similares a necessidade de ouvir as vozes da população adscrita, pensar na possibilidade de adaptar as estratégias às particularidades locais, investir em possibilidades criativas para o enfrentamento dos desafios logísticos. Sem jamais esquecer da participação ativa da comunidade, a razão das ações. Por fim, o desejo que atravessou esse texto foi do criador de ideias, de pensamento, de ciência, da inventividade no mundo do trabalho lá onde a vida acontece, ou seja, no território em ato. Falou-se aqui de um território em que a abundância de vida e cuidado é evidente. Seria um desejo do excesso, com o rigoroso critério de cuidado para com a vida, mas que não cabe nos estudos de representação ou no campo da interpretação, não cabe nos protocolos ou manuais.

Foi o desejo de um trabalhador com sua equipe que produz encontros de cuidado e não apenas oferta de serviços, que viu e vê com o território a potência de existir e no encontro de corpos se reterritorializa e produz outras linhas de fuga para encontrar coletivamente outras modelagens de cuidado, outras modelagens de agir em saúde, outros modos de existir no mundo, no território líquido.

Desejamos (enquanto sistematizadores da experiência neste texto) que seu mergulho, querido leitor, tenha afetado e potencializado o seu desejo de criar nos múltiplos encontros do seu cotidiano do trabalho no SUS, longe estamos da pretensão de sermos um padrão de amostragem ou reprodução, mas, se este texto te afetou, alcançamos a intencionalidade dele: produzir deslocamentos, estranhamentos do pensamento instituído para desterritorializar o seu corpo e reterritorializá-lo no encontro com o real motivo do existir trabalhador da saúde (o usuário, a usuária do SUS).

Referências

- Almeida, V.F., Schweickardt, J.C., Reis, A. E. S., & Vieira Moura, G. P. S. (2022). Caminhos da população ribeirinha no acesso à urgência e à emergência: desafios e potencialidades. *Interface (Botucatu)*; 26: e210769. <https://doi.org/10.1590/interface.210769>
- Deleuze, G. (2013). *Conversações (1972-1990)*. Tradução de Peter Pál Pelbart. 3. ed. São Paulo: Editora 34. 240 p.
- Martins, F. M. (2022). Cartografias do cuidado no território líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia. IN: Martins, F. M.; Schweickardt, K. H. S. C.; & Schweickardt, J. C.. *Cartografias do Cuidado no Território Líquido: a produção da saúde ribeirinha na Amazônia*. Rede Unida. (Série Saúde & Amazônia, v. 21). E-book (PDF). ISBN 978-85-54329-87-7.
- Martins, F. M., Schweickardt, K. H., Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Moreira, M. A., & Medeiros, J. de S.. (2022). Produção de existências em ato na Amazônia, Brasil: “território líquido” que se mostra à pesquisa como travessia de fronteiras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210361. <https://doi.org/10.1590/interface.210361>
- Medeiros, J. de S.; Schweickardt, J. C.; & Martins, F. M. (2025). Entre cheias e vazantes: uso das embarcações na produção do cuidado e acesso à saúde no território líquido em um município amazônico, Brasil. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 33, n. 4. Acessado 4 Setembro, e240381pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240381pt> <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240381en>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240381pt>.
- Medeiros, J. de S., & Schweickardt, J. C.. (2025). *Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas*. Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Livro-Caminhos-da-populacao-ribeirinha-producao-de-redes-vivas-no-acesso-aos-servicos-de-urgencia-e-emergencia-em-um-municipio-do-Estado-do-Azonas.pdf>
- Merhy, E. E. (2014). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec.
- Schweickardt, J. C., Lima, R. T. de S., & Ferla, A. A. (2021). *Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes*. Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-ED.16-Mais-Medicos-na-Amazonia-Efeitos-no-Territorio-Liquido-e-suas-gentes-compactado.pdf>



Equidade e cuidado integral: estratégias de uma equipe da ESF para ampliar o acesso de mulheres transexuais e travestis no município de Manaus

Domingos Sávio Nascimento de Albuquerque
Eduardo Jorge Sant'Ana Honorato
Sônia Maria Lemos

Introdução

As políticas públicas de saúde no Brasil sinalizam, de maneira consistente, a importância do cuidado em uma perspectiva integral, capaz de acolher todas as dimensões e complexidades das necessidades das populações (Brasil, 2009; Brasil, 2011). No entanto, a distância entre o que está posto nas diretrizes e o que se realiza no cotidiano dos serviços permanece um desafio. Boa parte dos profissionais que atuam na ponta ainda não está suficientemente preparada para acompanhar essas demandas, o que retarda a implementação plena das políticas de saúde (Farias & Cury, 2022). Nesse cenário, torna-se urgente pensar em estratégias de incorporação efetiva do cuidado integral na Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantindo seus princípios fundantes: universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1990; Starfield, 2002).

Se toda a UBS que se concentra dentro de toda a zona, dentro de todo o bairro, tivesse um cantinho nem se fosse do tamanho de um banheiro, mas que nos acolhesse, que nos respeitasse, que tivesse pessoas competentes, inteligentes, que entendessem nossas causas, que nos respeitasse, que intelectualmente entendessem o nosso, a nossa vivência do dia a dia, seria um espetáculo [...] e aí as pessoas trans não precisavam se deslocar pra longe, ter um custo-benefício muito grande e voltar porque nem todo mundo tem condições pra está se locomovendo gastando dinheiro com ônibus, com Uber pra fazer esse tipo de coisa [...] agora poxa, uma coisa dessa acessível perto da gente ia ser maravilhoso (Margarida)³.

A marginalização institucional das mulheres transexuais constitui um fenômeno complexo, atravessando não apenas a saúde, mas também a educação, o trabalho e a vida social. No campo da saúde, esse processo se expressa em múltiplas barreiras de acesso e acolhimento, marcadas pela transfobia, pela incompreensão das experiências e modos de vida e pela reprodução de estigmas (Monteiro & Brigeiro, 2019). Como consequência, muitas mulheres trans e travestis enfrentam a exclusão e a invisibilidade de suas histórias, sendo submetidas a situações que fragilizam sua autonomia e dignidade, afastando-as dos serviços de saúde que deveriam garantir sua proteção (Lima, Flor & Noro, 2023).

O medo de estar lá na UBS, de encarar homens e mulheres, idosos e crianças que convivem naquela UBS também. A mulher trans tem medo da reação das outras pessoas (Açucena).

Essas barreiras não se limitam à dimensão institucional, mas também estão relacionadas a contextos familiares e comunitários. Conflitos domésticos, expulsão de casa e rupturas precoces com a rede de apoio afetam diretamente a saúde mental, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão (Rocon, 2020). Além disso, tais processos de exclusão tornam essas mulheres mais vulneráveis a diversas formas de

³ Este texto foi elaborado a partir de narrativas coletivas produzidas pela equipe, e todos os nomes mencionados são fictícios, utilizados para preservar a identidade das pessoas participantes.

violência e ampliam sua exposição a riscos sanitários, evidenciando como as vulnerabilidades sociais e clínicas se entrelaçam e produzem impactos profundos no processo saúde–doença–cuidado (Butler, 2019; Brasil, 2013).

Eu gostaria de ser chamada pelo meu nome social por favor.

Eu vou te chamar é como está escrito aqui no documento. Eu passando mal, com dor eu disse: me chama como tu quiser, eu to passando mal, eu quero é ser atendida (Azaléa).

Diante desse quadro, a atuação da equipe multiprofissional da ESF assume um papel estratégico. Preparar os profissionais para o acolhimento e o cuidado integral das mulheres trans e travestis significa não apenas reduzir desigualdades, mas também reafirmar o SUS como espaço de inclusão e cidadania. É nesse ponto que se localiza o objetivo deste capítulo: refletir sobre o atendimento integral de mulheres transexuais em uma unidade de saúde da família, destacando o papel da equipe na construção de estratégias que ampliem o acesso e qualifiquem a atenção prestada.

Então, o atendimento lá na UBS não era tão ruim. As médicas que atendiam lá elas eram bem atenciosas [...] tipo havia uma troca muito grande dos médicos e da equipe de saúde e era muito boa. Existiam alguns problemas relacionados ao desconhecimento quanto a como tratar com mulheres trans que não era bom. Parece que eles não sabem como nos tratar e até mesmo ignoram a importância do nome social e conseqüentemente dos pronomes utilizados para mulheres trans e travestis de um modo geral. Isso sempre é falho; eu já tive esse problema lá da UBS. No Tropical não tratam a gente assim não (Hortência).

Nesse cenário, compreender o papel estruturante da APS é fundamental para situar o debate sobre o cuidado integral de mulheres transexuais. A APS, organizada no Brasil principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como a principal porta de entrada do

SUS e o espaço privilegiado para a promoção da equidade. Seus atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002) tornam-se potentes ferramentas para enfrentar desigualdades históricas e garantir o direito à saúde a grupos vulnerabilizados. Assim, discutir a trajetória e os fundamentos da ESF permite evidenciar como a preparação da equipe multiprofissional pode transformar o acolhimento e a inclusão das mulheres trans e travestis, reposicionando a unidade de saúde como território de cidadania e cuidado.

Contexto da Atenção Primária em Saúde e da Estratégia Saúde da Família

A APS é reconhecida como a base organizadora dos sistemas de saúde em todo o mundo. No Brasil, a sua consolidação como política pública ocorre a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Desde então, a APS é a principal porta de entrada dos usuários, sustentada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ao mesmo tempo em que orienta a rede de atenção de forma regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1990; Starfield, 2002).

O atendimento das USF deveria ser melhor. Não seria mais fácil eu ir à mais perto da minha casa? Imagina eu pegar minha muleta e sair andando por aí? Não posso andar muito. Pegar um ônibus ou Uber, gastar dinheiro pra ir lá longe só pra eu passar menos vergonha? Eu não vou lá pra passear. Eu vou porque estou doente. Os governantes deveriam pensar mais em nós (Jasmim).

No final da década de 1990, o país experimentou uma inflexão importante com a implementação do Programa Saúde da Família, posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse

modelo substituiu gradualmente a lógica centrada em unidades básicas fragmentadas por uma abordagem territorializada, orientada para o trabalho em equipe multiprofissional e para a responsabilização sanitária sobre um território definido. A ESF passou, então, a ser o eixo estruturante da reorganização da APS no Brasil, expandindo o acesso e fortalecendo a resolutividade dos serviços (Brasil, 2017).

Não tem. Tanto é que é, que pra marcar, pra agendar lá, não tem. São poucas UBS que tem dentista por exemplo. Como você mesmo falou, se eu tivesse na UBS lá perto de casa, né? Eu ia enfrentar outras pessoas, outros problemas, mas ia diminuir a quantidade de mulheres trans e travestis nos grandes postos como lá no PAM da Codajás por exemplo [...] lá é que a gente não consegue vaga mesmo, todas as trans só vão pra lá. Todo tempo lotado, nuca que vai dá conta (Violeta).

Entre seus atributos essenciais, a APS deve garantir o **acesso de primeiro contato**, funcionando como porta preferencial e acolhedora; a **longitudinalidade**, possibilitando o acompanhamento contínuo e de longo prazo; a **integralidade**, que assegura atenção às diversas dimensões do processo saúde–doença; e a **coordenação do cuidado**, articulando fluxos entre os diferentes níveis de atenção (Starfield, 2002; Mendes, 2011). Esses atributos são particularmente relevantes quando se trata de populações em situação de vulnerabilidade, como as mulheres transexuais, cujas trajetórias de exclusão e estigma exigem um cuidado que vá além de consultas pontuais e fragmentadas.

Muitas preferem não ir à uma UBS ou SPA, procurar atendimento médico, elas preferem se automedicar do que sofrer preconceito e passar por essa situação constrangedora de chegar lá e a UBS está lotada de gente, o SPA está lotado de gente e na hora ade chamar chamam João e se levanta uma Maria e todo mundo fica rindo e debochando da nossa cara (Azaléa).

Além disso, a ESF, por sua configuração territorial e comunitária, permite maior proximidade entre profissionais de saúde e usuários, criando condições para o **vínculo** e para a **escuta qualificada**. Essa proximidade pode ser um recurso estratégico na redução de barreiras de acesso e no enfrentamento de preconceitos, pois o contato frequente favorece a construção de confiança e a desconstrução de estigmas. A equipe, ao reconhecer as especificidades e demandas das pessoas trans, pode reposicionar a unidade de saúde como um espaço legítimo de acolhimento e cidadania.

A gente não tem direito nem ficar doente. Uma pessoa CIS quando tá doente anda pra cima e pra baixo se preocupando só em se curar. A gente tem é que ter sorte pra encontrar um lugar que atenda a gente sem que a gente passe vergonha mesmo estando doente [...] por isso que eu não procuro lugar novo pra me consultar, vou logo la no Tropical mesmo que todo mundo já me conhece, mesmo que demore uma vida pra conseguir. Eu ir num lugar que eu nunca fui parece que começa tudo do zero de novo (Jasmim).

Assim, compreender o papel da APS e da ESF não significa apenas revisitar sua história e atributos, mas reconhecer o potencial transformador que esse modelo de atenção possui para enfrentar desigualdades estruturais. Quando devidamente fortalecida e orientada por princípios de equidade, a APS se apresenta como lugar estratégico para ampliar o acesso e garantir o atendimento integral de mulheres transexuais, dando concretude ao compromisso constitucional do SUS de ser universal, integral e equânime.

Mulheres Transexuais e Travestis e o Direito à Saúde

As mulheres transexuais e Travestis enfrentam, cotidianamente, múltiplas barreiras que atravessam sua inserção social e sua relação com os serviços de saúde. A marginalização histórica desse grupo está vinculada a

processos de estigmatização, exclusão familiar, dificuldades no mercado de trabalho, precariedade habitacional e exposição cotidiana a violências físicas, simbólicas e institucionais (Monteiro & Brigeiro, 2019; Rocon, 2020). Esses fatores combinados produzem um cenário de vulnerabilidades complexas que afetam profundamente o processo saúde–doença–cuidado, configurando um quadro de iniquidades que desafia os princípios do SUS.

Todo dia a gente passa por preconceitos: entrar numa padaria, num restaurante, numa loja, no trabalho, na escola, no posto de saúde. Todos os dias. Não é fácil ser uma mulher trans (Azaléa).

No campo da saúde, observa-se a persistência de práticas discriminatórias que reduzem a presença das mulheres trans e travestis nos serviços à lógica da hipersexualização ou da patologização. Com frequência, essas usuárias são associadas quase exclusivamente a agravos como HIV e outras ISTs, o que restringe o olhar dos profissionais e limita o cuidado a uma dimensão biomédica fragmentada (Lima, Flor & Noro, 2023). Exames, orientações e discursos sobre sexualidade costumam ser priorizados, ainda que não correspondam à queixa principal da usuária, produzindo deslegitimação das demais demandas clínicas, como acompanhamento de saúde mental, prevenção de agravos crônicos, saúde reprodutiva ou questões de clínica geral (Rocon, 2020).

Isso começa primeiro pelo próprio desenvolvimento da noção sobre o que é saúde para nós mulheres trans e que está relacionado com cultura e com o contexto familiar. Se uma mulher trans é expulsa de casa geralmente muito nova, na infância ou adolescência, ela não tem referência de quem a leve a um posto de saúde, pra questões de rotina, ainda mais em uma sociedade que não prioriza a saúde de forma integral e preventiva. Muitas de nós mulheres trans não sabemos se quer que temos direito a saúde (Hortência).

Essas práticas excludentes reforçam o estigma social de que a presença de pessoas trans nos serviços de saúde estaria sempre associada à doença, ao

risco e ao perigo. Como consequência, muitas mulheres deixam de procurar atendimento individual, restringindo sua presença a atividades coletivas — grupos, mutirões ou ações específicas —, quando a proteção simbólica do coletivo lhes oferece maior sensação de pertencimento e segurança (Lima, Flor & Noro, 2023). Esse fenômeno demonstra como o estigma social e institucionalizado atua não apenas como barreira de acesso, mas também como força de expulsão simbólica, limitando o exercício pleno do direito à saúde.

A gente está falando hoje de um sistema único de saúde que é integral. E levando em consideração que antigamente o atendimento dessa população pobre, excluída, problematizada e que não tinha acesso a saúde antes desse sistema, hoje se depara com essa tão falada integralidade eu me pergunto: o que está acontecendo pra eu não ir mais na UBS? Por que eu só vejo chamando grupos de idosos, semana do homem, mês da mulher por exemplo? Há algum interesse ou importância social na saúde da minha população? Você entende? Essas questões precisam ser debatidas mais na academia (Hortência).

A Constituição Federal de 1988, ao instituir a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabeleceu um marco fundamental para a cidadania no Brasil. O SUS, fundamentado na universalidade, integralidade e equidade, reforça que todas as pessoas, independentemente de identidade de gênero, devem ter acesso digno e respeitoso às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, a **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011)** representa um avanço normativo importante, ao reconhecer as necessidades específicas dessa população e propor diretrizes para garantir cuidado integral e livre de discriminação.

Quando eu chego na UBS eu já vou direto na recepção e digo: eu quero ser chamada por esse nome. Porque por mais que todo mundo ache que eu sou uma senhora, eu não sou retificada, a foto do meu documento é de homem. Por mais que eu me passe bem o meu documento acaba comigo. Eu ainda não tive dinheiro pra trocar então eu já aviso logo que eu chego como eu quero que me chamem (Amarílis).

No entanto, a implementação efetiva dessas políticas ainda esbarra em resistências culturais e institucionais. A ausência de formação adequada sobre diversidade sexual e de gênero na graduação em saúde e a fragilidade da educação permanente nos serviços contribuem para a reprodução de práticas excludentes (Farias & Cury, 2022). Nesse contexto, a preparação da equipe da ESF é elemento-chave para desconstruir estigmas, ampliar o acesso e assegurar que mulheres trans sejam reconhecidas em sua singularidade, não como “casos” ou “agravos”, mas como cidadãs com direitos plenos e necessidades integrais de saúde.

Eu tenho uma certa passabilidade, a que faz com que eu seja líder enquanto uma mulher que nasceu mulher, e isso causa uma estranheza em outras pessoas quando descobrem que eu não sou uma mulher CIS. Eles reagem de outra forma (Liz).

Portanto, discutir o direito à saúde das mulheres transexuais e Travestis no âmbito da APS significa reconhecer que não basta garantir o acesso formal: é preciso construir práticas inclusivas, sensíveis às experiências de exclusão e capazes de produzir vínculo, confiança e cuidado integral. O fortalecimento da equipe multiprofissional e a adoção de estratégias de acolhimento inovadoras constituem caminhos fundamentais para transformar o serviço em espaço de proteção, pertencimento e cidadania.

A equipe multiprofissional preparada para o acolhimento

A ESF se estrutura a partir do trabalho de equipes multiprofissionais compostas, em geral, por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, em muitos casos, profissionais das equipes e-Multi). Essa composição confere à equipe um papel privilegiado na

construção de práticas de cuidado centradas na integralidade, na proximidade com a comunidade e no acompanhamento contínuo dos usuários. Quando se trata do atendimento às mulheres transexuais, o preparo dessa equipe é determinante para superar barreiras históricas de acesso e enfrentar a exclusão institucional que marca a trajetória desse grupo social.

Eu acho o atendimento na UBS um pouco desumano porque a gente chega lá e a maioria das vezes a pessoa que está atendendo nem olha pra tua cara, as vezes pergunta só se é mesmo o nome que está lá escrito no prontuário (porque vê um nome e depois vê a gente sentada na frente dele né, é outra pessoa), mal pergunta o que está sentindo, volta a cara pro computador, passa uma dipirona, encerra a consulta e libera pra casa. Para que que eu vou lá então? Só gastar passagem? Eu me medico em casa mesmo. A gente aprende a ir levando (Rosa).

Um dos principais desafios está na formação profissional. A maior parte dos currículos de graduação em saúde dedica pouco espaço à discussão sobre gênero e diversidade sexual, o que repercute na prática cotidiana e na reprodução de preconceitos (Farias & Cury, 2022). Essa lacuna torna indispensável investir em educação permanente em saúde, promovendo momentos de sensibilização e capacitação da equipe, de modo que todos compreendam os impactos do estigma, reconheçam as especificidades das demandas das mulheres trans e adotem posturas éticas e inclusivas.

Eu acho que aumentaria a procura por pessoas trans nas casinhas se tivesse mais palestras, tipo assim, alguém falar pra trans procurar o posto de saúde. De ela não ter receio, não ter medo. Isso iria facilitar e ia atrair muitas trans que tem medo e receio de ir à UBS porque uma que ouvisse a palestra ia chamar a outra pra se informar (AÇucena).

Outro aspecto fundamental é a escuta qualificada, entendida não apenas como técnica, mas como atitude de abertura e acolhimento. No caso das mulheres trans e travestis, isso significa reconhecer suas experiências de

vida, respeitar sua identidade de gênero (incluindo o uso do nome social) e considerar suas demandas em toda a sua complexidade — da saúde mental ao acompanhamento de condições clínicas crônicas, da prevenção de agravos à atenção à saúde sexual e reprodutiva (Monteiro & Brigeiro, 2019). A escuta deve estar orientada pela produção de vínculo, que se estabelece quando o usuário se sente respeitado e reconhecido como sujeito de direitos.

A equipe multiprofissional também pode lançar mão de estratégias organizacionais inovadoras para ampliar o acesso e qualificar o cuidado. Entre elas, destacam-se:

- Atendimento em sequência, em que diferentes profissionais (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social) acolhem a usuária de forma integrada, evitando fragmentação e otimizando a resolutividade;
- Uso de canais de comunicação comunitários, como grupos de WhatsApp, para divulgar a carta de serviços, informações de prevenção e atividades específicas, criando redes de cuidado e proximidade;
- Busca ativa, especialmente de usuárias em situação de maior vulnerabilidade ou afastadas do serviço, reduzindo as barreiras simbólicas que as impedem de procurar atendimento espontâneo;
- Integração com o território, por meio de visitas domiciliares e articulação com lideranças comunitárias, ampliando a compreensão sobre o contexto social em que essas mulheres estão inseridas.

Além disso, a atuação conjunta da equipe deve estar pautada pelo princípio da interdisciplinaridade, em que diferentes saberes dialogam para construir planos terapêuticos compartilhados. Essa abordagem é essencial para enfrentar situações complexas, como casos de violência, sofrimento mental ou exclusão social, que exigem articulação de múltiplas dimensões do cuidado.

A última vez que eu fui à casinha pegar meu remédio de pressão e do coração foi uma luta pra eles me entregarem. Mesmo com a receita eu percebo a falta de vontade. Até mesmo do médico em atender. Eles falam assim: por que não pegou lá no Tropical (Fundação de

Medicina Tropical)? Gente, o meu remédio pro coração não tem nada a ver com o Tropical, além de ser muito longe da minha casa. Não é mais fácil ele renovar minha receita na casinha? (Jasmim).

Preparar a equipe multiprofissional, portanto, não significa apenas oferecer capacitação técnica, mas promover uma mudança de postura e de cultura no serviço. Isso envolve desconstruir preconceitos, fortalecer o compromisso ético com a equidade e criar espaços de acolhimento que reafirmem a unidade de saúde como território de cidadania.

Uma das táticas que eu adotei pra diminuir o impacto da chacota que eu iria sofrer foi convidar uma amiga minha pra ir comigo no SPA toda vez que eu estivesse passando muito mal porque na hora que chamassem o nome masculino, se levantaria nós duas e ninguém ia saber quem era a mulher trans. Como eu tenho certa passabilidade a forma que eu encontrei pra usar o serviço público de saúde sem ser animalizada como sempre acontecia foi essa (Liz).

Nesse sentido, a equipe da ESF se torna protagonista na efetivação do direito à saúde das mulheres trans, traduzindo em prática cotidiana os princípios constitucionais do SUS.

Experiência prática: estratégias da equipe da ESF S04, município de Manaus

Objetivos

O objetivo geral da experiência foi relatar as ações da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF S04), no município de Manaus, voltadas para melhorar e ampliar a adesão da população de mulheres transexuais aos serviços de saúde na Atenção Primária. Como objetivo específico, buscou-

se sensibilizar a equipe multiprofissional para oferecer acolhimento com equidade, estabelecendo vínculo e rompendo barreiras de comunicação com essa população historicamente marginalizada.

Metodologia

A experiência teve início a partir do atendimento de urgência odontológica de uma mulher trans/travesti, cuja grave condição geral de saúde mobilizou uma discussão multiprofissional em reunião de equipe. Nesse momento, emergiu a percepção de que essa população não frequentava regularmente a unidade para acompanhamento clínico, limitando-se a situações emergenciais.

Diante desse cenário, a equipe decidiu implementar **estratégias para facilitar o acesso das mulheres trans à USF S04**, fundamentadas em quatro eixos: comunicação, qualidade do atendimento, acolhimento com equidade e agendamento eficiente.

Uma das primeiras iniciativas foi organizar o **fluxo de atendimento em sequência**, garantindo que, após a consulta de urgência, a usuária passasse preferencialmente pelos demais profissionais da equipe (médico, enfermagem, psicologia, serviço social), no mesmo dia. Esse modelo reduziu o risco de fragmentação do cuidado e fortaleceu o vínculo, além de assegurar a continuidade do acompanhamento.

Paralelamente, foi criado um **grupo de WhatsApp** para envio semanal da carta de serviços da unidade, utilizando lista de transmissão. O canal funcionou como estratégia de comunicação direta, convidando as usuárias, seus parceiros e familiares para participarem ativamente das ações da USF. Essa iniciativa possibilitou maior divulgação da oferta de serviços, estimulando a procura por consultas de rotina e ampliando a noção de pertencimento à unidade.

Tais ações foram orientadas por uma **metodologia centrada no acompanhamento e na prevenção**, com foco em reduzir a demanda por

consultas emergenciais e minimizar a necessidade de encaminhamentos para os níveis secundário e terciário de atenção.

Resultados

Os resultados observados ao longo de 2024 indicaram impacto significativo na adesão das mulheres trans aos serviços da unidade. Houve **aumento expressivo do número de atendimentos individuais registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, contemplando consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e procedimentos de técnicos de enfermagem.

O grupo acompanha cerca de **35 mulheres trans e travestis**, no ano de 2025, com atendimentos regulares estendidos também a parceiros e familiares. Essa ampliação contribuiu para modificar a percepção da comunidade sobre a USF S04, que passou a ser vista como um espaço mais acolhedor e respeitoso, em contraste com experiências anteriores de discriminação em outros serviços de saúde.

As próprias usuárias relataram satisfação por serem reconhecidas e respeitadas pelo uso do nome social, ressaltando o acolhimento sem maltratos ou desrespeito. Essa mudança na relação com a equipe fortaleceu o vínculo, fazendo com que muitas passassem a procurar a unidade para consultas de rotina, administração de medicamentos e acompanhamento de demandas clínicas leves, evitando deslocamentos desnecessários a serviços de referência como a Fundação de Medicina Tropical (FMT) ou a Policlínica de Atendimento Médico (PAM) Codajás.

A vinculação das mulheres trans à unidade foi confirmada pela equipe ao observar o aumento da frequência em consultas regulares e de acompanhamento, consolidando a USF S04 como referência de cuidado integral, humanizado e equânime para essa população.

Desafios e aprendizados

A experiência desenvolvida pela equipe da ESF S04 revelou avanços significativos na ampliação do acesso e na promoção do cuidado integral para mulheres transexuais. No entanto, também trouxe à tona uma série de desafios que atravessam tanto o cotidiano dos serviços quanto a estrutura mais ampla do Sistema Único de Saúde.

Um dos principais desafios identificados foi a persistência do estigma social, que não se limita ao ambiente externo, mas se reproduz também dentro das unidades de saúde. Atitudes discriminatórias de outros usuários, olhares de vigilância e comentários preconceituosos ainda constituem barreiras simbólicas que impactam negativamente a experiência dessas mulheres nos serviços (Lima, Flor & Noro, 2023). Para a equipe, lidar com essas situações exigiu não apenas preparo técnico, mas também disposição para mediar conflitos e reafirmar a unidade como espaço de equidade e respeito.

Outro desafio diz respeito aos limites institucionais. A ausência de protocolos específicos para o cuidado integral de pessoas trans na Atenção Primária, a escassez de materiais educativos voltados para essa população e a dificuldade de articulação com os níveis secundário e terciário de atenção dificultaram a continuidade de alguns acompanhamentos. Além disso, a rotatividade de profissionais e a sobrecarga de demandas cotidianas da unidade interferem na consolidação de práticas inovadoras.

A equipe também enfrentou obstáculos relacionados à formação profissional. Muitos integrantes reconheceram lacunas na sua formação inicial quanto às temáticas de gênero e diversidade, o que reforça a importância de processos de educação permanente em saúde (Farias & Cury, 2022). Essa lacuna, no entanto, transformou-se em oportunidade de aprendizado coletivo: o enfrentamento das situações concretas levou à busca ativa de informações, à

troca de experiências entre profissionais e à valorização da escuta das próprias usuárias como fonte de conhecimento.

Apesar das dificuldades, a experiência evidenciou importantes aprendizados. Em primeiro lugar, destacou-se o potencial da equipe multiprofissional em produzir acolhimento e cuidado integral, especialmente quando organizada em torno de estratégias de comunicação, vínculo e prevenção. Em segundo, reafirmou-se a necessidade de olhar para as usuárias como sujeitos de direitos e não como “casos clínicos restritos a agravos específicos”, rompendo com práticas de patologização.

Por fim, a vivência mostrou que a construção de um espaço de confiança com as mulheres trans e travestis gera efeitos multiplicadores: aumenta a adesão ao cuidado de rotina, fortalece a imagem do SUS como espaço de cidadania e contribui para a transformação da própria equipe, que passa a se reconhecer como agente ativa na promoção da equidade.

Assim, os desafios encontrados, longe de paralisarem o processo, funcionaram como catalisadores de mudanças e de aprendizado contínuo. Eles evidenciam que o enfrentamento do preconceito e da exclusão requer tanto investimento em políticas públicas e formação profissional quanto sensibilidade da equipe para transformar, no cotidiano, a unidade de saúde em espaço de pertencimento, dignidade e cuidado integral.

Conclusão e Perspectivas futuras

O cenário de marginalização institucional vivido pelas mulheres transexuais no Brasil não pode ser negado. Essa realidade atravessa diferentes dimensões da vida social e alcança também o SUS. Ainda que o SUS tenha como princípio constitucional a universalidade, o acesso pleno e equitativo à saúde não se concretiza igualmente para todos os segmentos sociais. No caso das mulheres trans e travestis, a exclusão se manifesta no desrespeito cotidiano

e no acolhimento inadequado por parte de equipes de saúde, comprometendo a integralidade do cuidado e violando o princípio da equidade.

A APS, por sua inserção territorial e proximidade com a comunidade, tem papel estratégico na transformação desse cenário. Espera-se que os profissionais da ESF conheçam melhor seus usuários, estabeleçam vínculos sólidos e ofertem acesso de forma ágil e inclusiva, incorporando também a população de mulheres trans e travestis. O uso de tecnologias leves, como a escuta qualificada e o vínculo, associado a recursos atuais de comunicação e organização do serviço, demonstrou ser uma ferramenta eficaz para ampliar o acesso e a resolutividade do cuidado. A experiência da ESF S04 evidenciou que estratégias como o atendimento multiprofissional em sequência, a comunicação via aplicativos de mensagens e a educação permanente da equipe podem reduzir barreiras históricas e promover maior continuidade no cuidado.


Contudo, permanece o desafio da falta de sensibilidade e preparo de parte dos profissionais da rede pública, o que ainda resulta em atendimentos desrespeitosos, reforçando a exclusão e a vulnerabilidade dessa população. Essa realidade mostra que a transformação não depende apenas de iniciativas locais, mas requer também mudanças estruturais e políticas de formação.

O fortalecimento da APS como espaço de inclusão e equidade deve caminhar lado a lado com a ampliação da formação de profissionais sensíveis às demandas da população trans. O investimento em práticas interdisciplinares, integradas ao território, e a valorização do SUS como projeto civilizatório são caminhos essenciais para transformar a realidade. Mais do que acesso, é preciso garantir pertencimento, assegurando que as mulheres transexuais sejam vistas como cidadãs plenas, com direitos e necessidades legítimas.

Assim, a experiência relatada demonstra que é possível superar barreiras históricas quando a equipe se prepara e se compromete com práticas inclusivas. Ao reconhecer e acolher as mulheres trans e travestis como sujeitos de direito, a ESF se reafirma como um espaço estratégico de cidadania, cuidado integral e transformação social.

Referências

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Senado Federal.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 de setembro de 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Butler, J. (2019). *Corpos em aliança e a política das ruas: Notas para uma teoria performativa de assembleia*. Civilização Brasileira.
- Farias, P., & Cury, M. (2022). Desafios da Atenção Primária em Saúde para populações vulneráveis. *Saúde em Debate*, 46(134), 1234–1245.
- Lima, J., Flor, T., & Noro, A. (2023). Estigma em espaços públicos de saúde: Impactos no cuidado preventivo de pessoas trans. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e220055.
- Mendes, E. V. (2011). *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. CONASS.
- Monteiro, S., & Brigeiro, M. (2019). Cuidado em saúde de pessoas trans no Brasil: Desafios da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00116818.
- Rocon, P. (2020). *Vivências de pessoas trans no SUS: Estigmas e resistências*. Hucitec.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO; Ministério da Saúde.



Inovação digital na regulação de consultas e exames especializados: desafios, impactos e contribuições estratégicas para o SUS em Manaus-AM

**João Carlos Silva de Oliveira
Nazivaldo Caciocley Camelo Correa
Mário Sérgio Scaramuzzini Torres
Gilmara Rocha de Oliveira
Junio dos Santos Chaves
Rogério Luiz Araújo Carminé
Saymon Erickson da Silva Souza
Fabíola Mendonça da Silva Chui**

Contextualização da regulação no SUS e da saúde digital no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, consolidou a saúde como direito universal e dever do Estado. Estruturado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, o SUS representou um marco civilizatório no Brasil (Brasil, 1990a, 1990b). A expansão do acesso, entretanto, trouxe desafios imediatos, como a necessidade de organizar fluxos assistenciais, estabelecer prioridades de risco e enfrentar a fragmentação

da rede em um contexto de crescimento populacional e incorporação tecnológica (Giannotti et al., 2025).

Para responder a essas pressões, políticas públicas passaram a estruturar a regulação do acesso, destacando-se a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/1996), a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS/2001) e, posteriormente, a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria nº 1.559/2008. Esses instrumentos consolidaram as centrais reguladoras e o SISREG como pilares para ordenar filas, integrar os níveis de atenção e racionalizar recursos do sistema (Brasil, 1996, 2001, 2008; Lima et al., 2020; Paim, 2022; Vasconcelos et al., 2023; Medeiros et al., 2023). Nesse processo, a saúde digital passou a atuar como aliada estratégica, ampliando a transparência, fortalecendo a comunicação com usuários e oferecendo suporte analítico à gestão do SUS (Eitan et al., 2022; Giovanella et al., 2012; Medeiros Júnior et al., 2023).

A regulação em saúde deve ser compreendida como um processo dinâmico e em constante evolução, capaz de se ajustar às transformações sociais, tecnológicas e epidemiológicas que impactam diretamente o cuidado. A criação das centrais de regulação e a incorporação de ferramentas digitais configuraram respostas estratégicas às crescentes demandas da população, mesmo em um cenário de restrições orçamentárias e desigualdades regionais (Silva et al., 2023; Tofani et al., 2023).

Mais do que organizar fluxos assistenciais, a regulação consolidou-se como política de Estado ao equilibrar interesses, otimizar recursos e assegurar maior justiça distributiva. Ao priorizar critérios clínicos, promover a regionalização dos serviços e integrar protocolos técnicos a instrumentos digitais de gestão, reforça-se a equidade, reduzem-se desigualdades históricas, garante-se a diminuição de deslocamentos desnecessários e reafirma-se o compromisso do SUS com a universalidade e a integralidade do cuidado (Brasil, 2023; Saraiva & Gondinho, 2025).

Essa visão mostra que a regulação assume caráter multifacetado, equilibrando interesses econômicos, sociais, públicos e privados sob o

princípio da equidade. Normas, protocolos e diretrizes orientam o acesso oportuno e integral, ao mesmo tempo em que otimizam a utilização dos recursos disponíveis (Silva et al., 2023; Tofani et al., 2023). O SISREG, como ferramenta estratégica, padroniza processos sem perder a capacidade de adaptação local, permitindo que as centrais de regulação atuem com base em parâmetros técnicos e epidemiológicos. Dessa forma, contribui para reduzir iniquidades e garantir atendimento em tempo oportuno, consolidando-se como eixo essencial da gestão em saúde (Melo et al., 2021; Brasil, 2023; Saraiva & Gondinho, 2025; Medeiros, 2023).

As transformações recentes reforçam essa dinâmica ao apontar para a crescente relevância da saúde digital como suporte estratégico à regulação. Tecnologias digitais vêm redesenhando fluxos, eliminando gargalos e estreitando a relação entre serviços e cidadãos, em um contexto de aumento da demanda e restrições orçamentárias. Esses recursos fortalecem a transparência e ampliam a autonomia do usuário (Medeiros Junior et al., 2023; Eitan; Kantor; Shani, 2022; Giovanella et al., 2012).

Nesse cenário, em 2025, a inteligência artificial desponta como aliada promissora para prever sobrecargas, redistribuir encaminhamentos, apoiar autorizações de procedimentos e reduzir ausências. Ao fortalecer integralidade e equidade, torna-se peça fundamental de um modelo regulatório mais justo e eficiente (Brasil, 2025; Gadelha et al., 2023). É nesse movimento que a experiência de Manaus se destaca, ao alinhar-se a essas diretrizes e demonstrar o protagonismo municipal na construção de uma saúde digital centrada no cidadão (Portaria GM/MS nº 3.691/2024).

A incorporação de tecnologias como inteligência artificial, *big data* e sistemas de interoperabilidade expande as fronteiras da regulação, permitindo não apenas o acompanhamento em tempo real, mas também a antecipação de cenários e o planejamento de ações baseadas em evidências. Tais ferramentas oferecem suporte à estratificação de risco, à alocação eficiente de recursos e ao fortalecimento da comunicação entre gestores, profissionais de saúde e

usuários (Brasil, 2025; Gadelha et al., 2023). Assim, a regulação no SUS deixa de ser um simples mecanismo administrativo e se transforma em um eixo de inovação, modernização e justiça algorítmica, em consonância com a Política Nacional de Saúde Digital (Portaria GM/MS nº 3.691/2024).

Fragilidades estruturais e tecnológicas no acesso a consultas e exames especializados

Apesar dos avanços obtidos com a implantação das centrais reguladoras e do SISREG, o acesso a consultas e exames especializados continua a representar um dos maiores gargalos do Sistema Único de Saúde. A escassez de profissionais em determinadas especialidades, a concentração de serviços em centros urbanos de maior porte e a insuficiente capacidade instalada nos serviços de média e alta complexidade intensificam a formação de longas filas e tempos de espera prolongados (Brasil, 2023; Paim, 2018). Esses fatores produzem impactos diretos na qualidade da assistência, agravando condições clínicas que poderiam ser tratadas em estágios iniciais, além de pressionar financeiramente o sistema pela demanda de procedimentos mais complexos.

Um desafio central da regulação em saúde refere-se à fragmentação tecnológica e organizacional da rede assistencial. Apesar dos avanços promovidos pelo SISREG, a integração ainda parcial com o e-SUS APS, a RNDS e outros sistemas compromete a continuidade das informações, dificultando o acompanhamento longitudinal dos usuários, a comunicação entre os níveis de atenção e a efetivação das contrarreferências, o que fragiliza o princípio da integralidade e limita o planejamento orientado pelas necessidades reais da população (Brasil, 2025).

No ponto de vista organizacional, persistem fragilidades na gestão de processos e de recursos humanos, como a capacitação insuficiente das equipes reguladoras e a elevada sobrecarga administrativa, fatores que ampliam a

heterogeneidade decisória, reduzem a eficiência das centrais de regulação e impactam negativamente tanto a qualidade do acesso quanto a confiança dos usuários no SUS (Melo et al., 2021).

Por que a experiência de Manaus em regulação em saúde projeta desafios e soluções para o SUS?

Manaus, capital do estado do Amazonas, é a maior cidade da região amazônica e exerce papel estratégico no cenário regional e nacional. Entre 2010 e 2022, o município apresentou expressivo crescimento populacional, passando de 1.802.014 para 2.063.547 habitantes, o maior incremento registrado entre as capitais brasileiras no período, o que corresponde a um aumento de 14,5% (EBC, 2023). Esse crescimento decorre de um processo de urbanização acelerada, associado a intensos fluxos migratórios internos e internacionais que resultaram na concentração de mais de 52% da população residente do estado na capital, além de um acréscimo estimado de 9% relacionado à imigração estrangeira (IBGE, 2022).

Soma-se a esse contexto o deslocamento contínuo de populações oriundas do interior do Amazonas em direção a Manaus, motivado, sobretudo, pela maior oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade, bem como pelo acesso ampliado a bens e serviços urbanos. Essa dinâmica demográfica tem como consequência direta o aumento da pressão sobre a rede municipal de serviços de saúde, ampliando os desafios relacionados à infraestrutura urbana, ao planejamento territorial e à gestão do sistema de atenção à saúde no município.

Organizada em sete zonas geográficas e cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural), a rede de Atenção Primária à Saúde de Manaus enfrenta desafios intensificados pela rápida expansão demográfica, pelas desigualdades socioespaciais historicamente consolidadas e pela

complexidade inerente à gestão de uma metrópole inserida em pleno contexto amazônico (SEMSA, 2022). O processo de envelhecimento populacional, evidenciado pelo aumento da proporção de pessoas idosas de 5,6% em 2010 para 8,4% em 2022, amplia de forma significativa a pressão sobre os serviços de saúde, com crescimento da demanda por consultas, exames e tratamentos especializados. Esse cenário impõe à gestão pública a necessidade de respostas cada vez mais ágeis, eficientes e inovadoras, capazes de assegurar a integralidade do cuidado e a sustentabilidade do sistema (IBGE, 2022; Oliveira et al., 2024).

Apesar da redução da extrema pobreza em Manaus, de 9,7% em 2021 para 3,9% em 2023, a desigualdade social segue evidente. Embora concentre grande parte da atividade econômica do estado, a capital apresenta índice de pobreza de 62,3% em seu entorno, o que compromete o acesso da população mais vulnerável aos serviços de saúde, seja por custos indiretos, dificuldades de deslocamento ou limitações de informação. Nesse cenário, a saúde digital surge não apenas como ferramenta administrativa, mas como instrumento de justiça social, capaz de reduzir barreiras e ampliar a inclusão (IBGE, 2022).

Foi nesse ambiente de pressão demográfica e social que Manaus consolidou sua trajetória singular na institucionalização da regulação. Embora o SISREG (DATASUS) tenha sido lançado nacionalmente em 2001 (Brasil, 2008), sua implementação efetiva na capital ocorreu somente em 2009, após a superação de barreiras estruturais e institucionais (Prefeitura de Manaus, 2019; Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, 2012). O atraso, contudo, reflete uma lição importante: a regulação não é apenas tecnologia, mas também um pacto político, social e administrativo, que exige condições locais de infraestrutura, recursos humanos qualificados e cultura organizacional voltada para a equidade. Sem esses elementos, o sistema de regulação corre o risco de ser reduzido a uma mera formalidade burocrática.

A partir de 2012, com a Portaria nº 1.792, o processo ganhou fôlego ao prever incentivos federais para as centrais reguladoras, dos quais Manaus

se beneficiou (Brasil, 2012). Mais tarde, em 2017, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) inovou ao implantar um sistema digital de consulta online, substituindo as ineficazes mensagens SMS que antes informavam os usuários sobre seus agendamentos. A medida reduziu ausências, otimizou a ocupação de vagas e fortaleceu a autonomia dos cidadãos ao permitir acesso direto às informações (Medeiros Junior et al., 2023; Bastos et al., 2020; Vieira-da-Silva & Furtado, 2020). Mais do que inovação técnica, tratou-se de um passo ético-político que devolveu ao cidadão o direito de conhecer e acompanhar seu percurso no sistema de saúde, ampliando a corresponsabilidade no cuidado e consolidando a regulação como eixo estratégico de equidade.

Essa trajetória evidencia como Manaus, diante de desafios demográficos e socioeconômicos singulares, desenvolveu soluções regulatórias que extrapolam o âmbito local e oferecem aprendizados para o SUS em todo o país. A experiência da capital amazonense, marcada pela combinação de limitações estruturais e inovações digitais, constitui referência para compreender os dilemas contemporâneos da regulação e inspira reflexões sobre caminhos possíveis para ampliar a equidade e a eficiência do acesso em saúde.

O caso manauara mostra que a regulação não pode ser reduzida a um conjunto de ferramentas técnicas, mas deve ser entendida como um arranjo institucional e ético-político, capaz de alinhar políticas públicas, recursos humanos e tecnologias em favor da justiça social. Assim, os objetivos deste capítulo articulam-se em quatro dimensões: revisar os fundamentos teórico-normativos da regulação, problematizar os gargalos persistentes no acesso, analisar em profundidade a experiência de Manaus e, por fim, explorar o potencial das tecnologias emergentes, com destaque para a inteligência artificial, como elemento estratégico para fortalecer os processos regulatórios no SUS.

O papel da Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI) da SEMSA no desenvolvimento da aplicação

Estrutura Organizacional e Capacitação Técnica da DTI

A Diretoria passou por um processo de amadurecimento institucional, alinhado ao crescimento das demandas digitais em saúde. Sua estrutura organiza-se em divisões que contemplam desenvolvimento de sistemas, suporte técnico, gestão de projetos e inovação, segurança da informação e infraestrutura de redes e servidores. Cada setor contribui de forma complementar para sustentar o funcionamento do ecossistema digital da secretaria, consolidando-se como pilar estratégico na transformação digital da saúde em Manaus.

O quadro reúne uma equipe de profissionais distribuídos entre gestores, analistas de sistemas, desenvolvedores, administradores de sistemas, programadores e especialistas em banco de dados (Figura 1). Esses profissionais atuam em colaboração constante com os gestores de saúde e com as áreas finalísticas, assegurando que as soluções tecnológicas estejam em consonância com as necessidades do serviço público e da sociedade. Essa interação contínua tem fortalecido a integração entre tecnologia e saúde, resultando em entregas mais eficazes e inovadoras, capazes de apoiar desde a gestão interna até o atendimento direto à população.

Sua missão central é desenvolver, manter e entregar soluções tecnológicas que assegurem eficiência, transparência e qualidade aos serviços administrativos e de saúde prestados à população. A diretoria tem modernizado processos, como a implantação do GitLab para controle de versões e gestão de projetos, e conduz a migração de sistemas legados para plataformas mais modernas e seguras. Esse esforço reflete a busca incessante pela excelência, onde cada integrante da equipe se dedica a superar desafios e entregar resultados que impactam diretamente na qualidade dos serviços ofertados à sociedade.

Figura 1. Gerências que compõem a Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI). No quadrante superior esquerdo, observa-se a Gerência de Desenvolvimento de Sistemas; no quadrante superior direito, a Gerência de Suporte e Manutenção; no quadrante inferior esquerdo, a Gerência de Apoio Administrativo; e, no quadrante inferior direito, a Gerência de Segurança da Informação e Infraestrutura de Servidores.



Fonte: acervo dos autores, 2025.

Atualmente, a diretoria é responsável pelo desenvolvimento, implantação e manutenção de cerca de 40 sistemas de informação, que dão suporte tanto à gestão administrativa quanto aos serviços de saúde. Essas soluções abrangem desde o acompanhamento de atendimentos, ações de vacinação e a dispensação de medicamentos até o apoio à Telessaúde e aos processos de regulação do acesso, incluindo ainda a gestão de pessoas, processos seletivos, contratos e portais voltados ao servidor e à administração pública. Essa diversidade evidencia não apenas a relevância, mas o protagonismo da DTI na sustentação tecnológica da SEMSA, reafirmando seu compromisso com a qualificação digital e o pleno funcionamento da rede municipal de saúde.

Do ponto de vista de infraestrutura, o DTI dispõe atualmente de seis servidores Nutanix, cada um configurado com 96 GB de memória RAM, 80 TB de armazenamento em disco e 32 núcleos de processamento, capacidade

suficiente para oferecer suporte a aproximadamente 5 mil computadores. Esses ativos garantem a estabilidade necessária para a hospedagem de sistemas críticos, entre eles a aplicação de regulação digital, cuja alta disponibilidade é condição fundamental para a confiabilidade do serviço. Essa robustez tecnológica, somada ao empenho humano, assegura que a secretaria tenha condições de enfrentar os desafios crescentes da era digital, entregando serviços com eficiência e qualidade.

A SEMSA Manaus administra uma rede assistencial extensa e territorialmente dispersa, composta por aproximadamente 157 unidades de saúde distribuídas entre áreas urbanas e rurais. Essa complexidade organizacional impôs desafios relevantes à gestão dos ativos de TI, especialmente no que se refere à rastreabilidade patrimonial, ao controle de movimentações, ao acompanhamento de manutenções e à gestão dos recursos de impressão, dificultando a padronização dos processos e a consolidação de informações estratégicas.

Em resposta a esse desafio, a DTI desenvolveu e implementou um sistema integrado de governança e gestão de ativos de informática, estruturado como um painel centralizado para a consolidação de informações sobre computadores, impressoras e demais equipamentos distribuídos nas unidades de saúde. A solução, construída em arquitetura *web* e integrada a bases de dados relacionais e rotinas automatizadas de monitoramento, fortaleceu a governança dos ativos de TI ao ampliar a transparência, padronizar fluxos operacionais e qualificar o suporte à tomada de decisão gerencial, além de contribuir para a racionalização de custos e a otimização do uso dos recursos públicos, em conformidade com as diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Tabela 1. Principais sistemas ativos ou em desenvolvimento da Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI) da SEMSA.

Sistema de Informação	Finalidade / Objetivo	Categoria
Telessaúde	Realizar atendimento remoto (Unidades de Saúde, Operadores, Especialistas e Telemonitoramento).	Saúde
Prontuário Eletrônico do Cidadão	Integrar dados do paciente, com módulos de e-SUS APS, vacinação e vídeo chamada.	Saúde
Leite do Meu Filho	Executar pré-cadastro, cadastro, entrega e gerenciamento do programa de distribuição de leite.	Saúde
SEMSA Forms	Disponibilizar formulários digitais para programas (ESAP, Hanseníase, Pé Diabético).	Saúde
Sistema de Gestão Farmacêutica	Gerenciar dispensação, estoque e acompanhamento individual de medicamentos.	Saúde
Sistema de Assistência Farmacêutica	Controlar movimentações de estoque e transmitir dados ao Ministério da Saúde.	Saúde
Consulta SISREG	Permitir acompanhamento público de autorizações e procedimentos agendados.	Saúde
SOS Vida	Gerenciar deslocamentos e disponibilidade de ambulâncias.	Saúde
CCZ Cidadão	Cadastrar animais, agendar serviços, registrar notificações e gerar indicadores epidemiológicos.	Saúde
Sistema de Atenção ao Pé Diabético (SIAPD)	Acompanhar pacientes com pé diabético, gerando indicadores para prevenção e melhoria do cuidado.	Saúde
Sistema de Gestão de Pessoas (SIGEP)	Gerenciar contratos, estágio probatório, desempenho e carreira dos servidores.	Administrativo
Padrão RH	Disponibilizar informações funcionais de servidores aos gestores.	Administrativo
Sistema de Processo Seletivo	Gerenciar inscrições, analisar candidatos e convocar aprovados em concursos e seleções.	Administrativo
Controle de Pagamentos de Contratos	Controlar pagamentos integrados ao AFIM e SIGED.	Administrativo
Portal Administrativo	Centralizar novas demandas e atualizações de sistemas administrativos.	Administrativo
Portal do Servidor	Disponibilizar serviços e informações aos servidores.	Administrativo

Portal E-Saúde	Oferecer portfólio de serviços digitais de saúde e canal de comunicação com o cidadão.	Saúde
SAMU 192 com Machine Learning	Indicar possíveis casos críticos, como AVCs, paradas cardio-respiratórias e incidentes com veículos.	Saúde
Sistema de Gestão de Chamados Técnicos e ativos de TI	Gerenciar solicitações, atendimentos e equipamentos de suporte e ativos de TI.	Administrativo
Gestão de Licença Prêmio	Automatizar o acompanhamento de licenças dos servidores.	Administrativo
GitLab Metrics	Gerenciar projetos e equipes da Gerência de Sistemas de Informação.	Administrativo
Farmácia Viva	Gerenciar o cultivo de matérias-primas para produção farmacêutica.	Saúde
E-Saúde Cursos ESAP	Gerenciar certificados e documentos de cursos da Escola de Saúde Pública.	Administrativo
E-Saúde InfoSaúde	Disponibilizar conteúdo baseado em inteligência artificial para profissionais de saúde.	Saúde
Consultório Virtual da APS (TeleSaúde)	Gerenciar consultas especializadas na atenção primária.	Saúde
Sistema de Planejamento e Gestão de Compras (SIPGEC)	Organizar e controlar os processos de compras.	Administrativo
Sistema Hansen	Gerenciar notificações de hanseníase integradas ao SINAN.	Saúde
Sistema de Investigação de Óbitos Maternos (NUIOB)	Apoiar investigação e análise de óbitos maternos.	Saúde
SAMU Ribeirinho	Integrar Chatbots para atender ocorrências de urgência em comunidades rurais e ribeirinhas.	Saúde
Programa Saúde na Escola (PSE)	Gerenciar as ações do PSE, fortalecendo a saúde, a educação e a qualidade de vida dos estudantes.	Saúde

Fonte: elaboração dos autores, 2025.

Para o monitoramento dos *status* dos sistemas supracitados, foram implementadas ferramentas de controle de versão e análise de produtividade, com destaque para o *GitLab Metrics*. Essa solução possibilita mensurar quantitativamente os *commits* e correlacioná-los à complexidade das alterações de código, além de avaliar indicadores complementares, como frequência de atualizações por desenvolvedor, tempo médio de revisão, percentual de andamento das tarefas, cumprimento de *sprints*, produtividade individual, nível de documentação, taxa de aceitação de código e incidência de retrabalho. O conjunto dessas métricas fornece subsídios objetivos para a avaliação simultânea da produtividade e da qualidade técnica do desenvolvimento, uma vez que parâmetros de integração contínua mantêm relação direta com a estabilidade do código, a mitigação de falhas em produção e a eficiência do ciclo de entregas.

Mais do que acompanhar tendências, a diretoria reafirma seu compromisso com a inovação contínua, posicionando-se como referência nacional em saúde digital. A soma desses elementos (qualificação profissional, inovação e infraestrutura) traduz o empenho permanente da diretoria em elevar a qualidade de seus serviços. Mais do que responder a demandas imediatas, a DTI busca impulsionar um futuro em que tecnologia e saúde avancem de forma integrada, fortalecendo as políticas públicas e assegurando à população manauara um SUS cada vez mais moderno, eficiente e humanizado.

Dimensões Técnicas, Gerenciais e Avaliativas do Projeto de Regulação Digital

O avanço da saúde digital no Brasil tem exigido o fortalecimento da infraestrutura tecnológica nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Em Manaus, esse setor desempenhou papel central no desenvolvimento e implantação do sistema voltado à regulação de consultas e exames

especializados. Tal atuação consolidou a tecnologia como eixo estratégico da gestão pública em saúde, alinhando a transformação digital aos princípios do SUS e ampliando a capacidade de resposta às necessidades dos usuários de forma mais eficiente.

O desenvolvimento da aplicação de consulta online foi resultado de um esforço coletivo que reposicionou a tecnologia como elemento estratégico, não apenas no âmbito operacional, mas também como instrumento de produção de conhecimento, inovação e formulação de políticas públicas adaptadas à realidade amazônica e às exigências do processo regulatório. Nesse processo, a DTI vem se consolidando como vetor de inovação institucional e protagonista da transformação digital da saúde pública.

O sistema foi desenvolvido utilizando o *framework* Laravel, baseado na linguagem de programação PHP, em conjunto com o sistema gerenciador de banco de dados MariaDB. A escolha pelo Laravel se deu por sua arquitetura moderna e modular, alinhada a boas práticas de desenvolvimento, além de oferecer recursos nativos que garantem segurança, escalabilidade e confiabilidade à aplicação. Entre esses recursos, destacam-se o sistema de autenticação com controle de sessões, a proteção contra ataques CSRF (*Cross-Site Request Forgery*), o mecanismo de injeção de dependência automatizada, a criptografia de dados sensíveis por meio da biblioteca *Illuminate\Encryption*, a proteção contra *SQL Injection* via *Eloquent ORM* e o uso de *middleware* para controle de acesso e rotas protegidas.

A construção da aplicação Consulta Sisreg adotou um modelo de desenvolvimento híbrido, que conciliou práticas tradicionais de engenharia de software, como planejamento estruturado e documentação formal, com metodologias ágeis, baseadas em ciclos de entrega incremental e *feedback* contínuo. Essa abordagem assegurou equilíbrio entre flexibilidade e rigor metodológico, condição essencial em projetos do setor público.

Análise Quantitativa e Qualitativa do Projeto de Regulação Digital

A avaliação do projeto de regulação digital foi estruturada a partir de uma abordagem mista, integrando procedimentos quantitativos e qualitativos para ampliar a robustez analítica e a confiabilidade dos resultados. No eixo quantitativo, a análise baseou-se em dados históricos extraídos do sistema de regulação da SEMSA Manaus, abrangendo o período de 2021 a 2024. Foram selecionados indicadores relativos às marcações de consultas, confirmações de agendamentos e taxas de ausência dos usuários, variáveis diretamente relacionadas à efetividade da comunicação e à adesão ao fluxo regulatório.

Entre as técnicas estatísticas aplicadas, destacaram-se a análise de proporções, utilizada para calcular a taxa de sucesso das notificações a partir da relação entre confirmações realizadas e agendamentos autorizados; o cálculo de variação percentual, que permitiu mensurar os ganhos de efetividade após a implantação do sistema; e a projeção estatística, destinada a estimar a redução dos deslocamentos físicos dos usuários, com base na média diária de consultas antes e depois da adoção da ferramenta. A análise descritiva complementou o processo, possibilitando interpretar criticamente os impactos da solução digital tanto na adesão dos usuários quanto na eficiência geral da regulação.

A análise descritiva complementou esse conjunto metodológico ao sintetizar distribuições, tendências e padrões dos dados, permitindo uma interpretação crítica dos resultados e evidenciando impactos diretos sobre a adesão dos usuários e a eficiência do processo regulatório. O monitoramento da plataforma, realizado por meio do *Google Analytics*, incorporou métricas de comportamento real, como volume de acessos, taxa de retorno, duração média das sessões, fluxo de navegação e dispositivos utilizados. A integração desses indicadores reforçou a robustez da avaliação ao estabelecer correlações

entre percepções gerenciais e padrões objetivos de uso, consolidando uma abordagem estatística abrangente e multidimensional.

Essa integração de evidências fortaleceu a triangulação metodológica, ampliando a confiabilidade dos achados e conferindo maior robustez às conclusões do estudo. As análises estatísticas foram conduzidas no ambiente de desenvolvimento *Spyder* (versão 5), com a linguagem *Python* (versão 3.12.7), que possibilitou automação de cálculos, reprodutibilidade dos processos e rastreabilidade dos resultados. Para a etapa de visualização, foram utilizadas as bibliotecas *Matplotlib* e *Seaborn*, que permitiram a construção de gráficos e painéis analíticos capazes de representar com clareza tendências, variações e padrões identificados nos dados. Essa abordagem potencializou a interpretação crítica e garantiu maior transparência metodológica ao disponibilizar recursos visuais que facilitam a comunicação dos resultados para gestores e tomadores de decisão.

No eixo qualitativo, foram realizadas entrevistas individuais com gestores diretamente envolvidos na concepção, desenvolvimento e implantação do sistema de consulta online, a partir de um roteiro semiestruturado que abordou motivações institucionais, desafios enfrentados, estratégias de superação e percepções sobre os impactos da solução nos fluxos assistenciais e na experiência dos usuários. A análise seguiu uma abordagem interpretativa, fundamentada na técnica de análise de conteúdo, o que possibilitou identificar padrões, contrastes e dimensões subjetivas, ampliando a compreensão da dinâmica institucional e dos processos decisórios.

Resultados e Impactos da Implementação do Sistema Consulta SISREG

A implementação do sistema representa uma inovação alinhada tanto às demandas operacionais da saúde pública quanto às exigências legais

contemporâneas, especialmente no que se refere à proteção de dados pessoais, conforme estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Desde a concepção da solução, houve uma preocupação constante com a segurança da informação e a conformidade legal, resultando na adoção de práticas robustas, como controle de acesso, criptografia de dados sensíveis, registro de consentimento dos usuários e definição clara de políticas de privacidade. Essas medidas garantem a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações, promovendo um ambiente digital seguro, ético e confiável para todos os envolvidos no processo regulatório em saúde.

O sistema foi desenvolvido com base em uma arquitetura robusta, voltada à confiabilidade, segurança e bom desempenho em ambiente *web*, garantindo estabilidade e escalabilidade compatíveis com as demandas da gestão pública em saúde. Sua interface foi projetada de forma simples e organizada, com telas modernas que proporcionam uma navegação intuitiva, priorizando a facilidade de uso e a agilidade no acesso às informações pelos usuários (Figura 2). Ainda que haja espaço para aprimoramentos contínuos, acredita-se que o sistema reúne elementos importantes de tecnologia, usabilidade e responsabilidade legal, contribuindo para uma solução funcional, segura e alinhada às necessidades dos usuários e às boas práticas do setor.

Entre os anos de 2021 e 2024, observou-se um crescimento expressivo e contínuo na oferta de procedimentos regulados pela SEMSA. O número total de marcações realizadas aumentou de 215.000 para 557.000, representando um incremento superior a 159%. Este crescimento demonstra não apenas a expansão da capacidade operacional da rede de saúde, mas também a capacidade da nova ferramenta digital de absorver volumes progressivamente maiores de solicitações, sem comprometer a qualidade do atendimento.

Figura 2. Telas do Sistema Consulta SisReg.

CONSULTA SISREG MANAUS Prefeitura de Manaus

SisReg - Consulta Autorização

NOME DO USUÁRIO

> Seu exame esta marcado para 19.03.25 no(a) HOSPITAL DELPHINA RINALDI AZIZ. Favor pegar a AUTORIZACAO no(a) POLICLINICA JOAO DOS SANTOS BRAGA. Sol 4274XXXXX

← Voltar

Consulta SisReg - v1.0.2
Departamento de Tecnologia da Informação - SEMSA - Prefeitura de Manaus

Consulta SisReg

Consulta com Nome Completo Consulta com Código de Solicitação

Nome Completo

Unidade de Saúde que realizou o pedido
Selecione a Unidade de Saúde que fez a solicitação

Consultar

Consulta SisReg

Consulta com Nome Completo Consulta com Código de Solicitação

Código da Solicitação

Unidade de Saúde que realizou o pedido
Selecione a Unidade de Saúde que fez a solicitação

Consultar

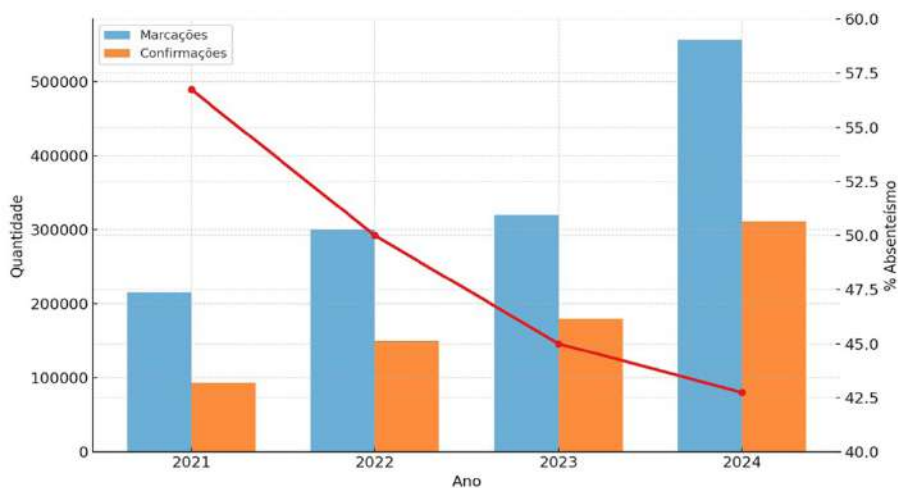
Fonte: elaboração dos autores, 2025.

No mesmo recorte longitudinal, a taxa de absenteísmo dos usuários em procedimentos agendados apresentou uma queda significativa, passando de 56,75% para 42,74%. Essa redução de aproximadamente 14 pontos percentuais reflete avanços substanciais no processo de comunicação e adesão dos usuários. O dado é ainda mais relevante considerando o aumento simultâneo da oferta de procedimentos, o que poderia, em um cenário tradicional, ter provocado o aumento ou, no mínimo, a manutenção das taxas de ausência. A queda consistente no absenteísmo evidencia, portanto, a efetividade do sistema digital de consulta *online* na promoção do engajamento dos cidadãos com seus agendamentos de saúde.

Outro indicativo relevante foi o aumento no número de confirmações de presença, que mais do que triplicou no período, saltando de 93.531 para

311.857 confirmações (Figura 3). Esse resultado demonstra não apenas o aprimoramento dos mecanismos de notificação e acesso à informação, mas também uma elevação significativa na confiança dos usuários no sistema, que passaram a acompanhar mais ativamente o status de suas autorizações e a planejar melhor suas agendas de saúde.

Figura 3. Evolução anual dos atendimentos regulados e do absenteísmo em Manaus (2021–2024).



Fonte: elaboração dos autores, 2025.

Apesar do expressivo crescimento na oferta de procedimentos, o percentual de faltas manteve-se estabilizado nos dois últimos anos analisados, o que pode ser interpretado como um sinal claro da consolidação do modelo digital de regulação. Em vez de haver um crescimento proporcional das ausências, como poderia ocorrer em um sistema não adaptado, os dados sugerem que o novo sistema atingiu um grau de maturidade que sustenta o volume ampliado de atendimentos sem deterioração da efetividade operacional.

A partir da análise realizada com o uso do *Google Analytics*, evidenciou-se um aspecto relevante: grande parte dos acessos à plataforma

ocorre fora do estado do Amazonas e até mesmo fora do Brasil. Isso indica que o sistema de consulta *online* está sendo utilizado por familiares, cuidadores ou responsáveis que residem em outras regiões ou países, mas que acompanham à distância os agendamentos e autorizações de parentes atendidos pelo SUS em Manaus.

Ao analisar os acessos do exterior, verificou-se que entre os países com maior volume de acessos no ano de 2024, destacam-se os Estados Unidos, com 1.700 acessos e crescimento de 22% em relação a 2023, a Holanda, com 284 acessos e aumento de 116%, e a Indonésia, com 189 acessos e um expressivo crescimento de 209%, além de registros relevantes oriundos do Canadá, Venezuela e França. Esses dados evidenciam a amplitude social e territorial da ferramenta, que viabiliza o acompanhamento remoto dos fluxos regulatórios em saúde, promovendo a corresponsabilidade familiar, o cuidado mediado por tecnologias e a inclusão digital no contexto do SUS. A adoção de soluções como essa amplia o alcance das políticas públicas, fortalece a transparência dos serviços e contribui para a universalização do acesso à informação em saúde.

Outro impacto relevante foi a expressiva economia de recursos públicos. A substituição das notificações via SMS, que, se mantidas, teriam gerado um custo estimado de aproximadamente R\$ 691.860,66 entre 2021 e 2024, contribuiu para a racionalização dos gastos e a promoção da sustentabilidade financeira na gestão da saúde pública. Antes da implantação da solução digital, apenas cerca de 30% dos usuários eram notificados com sucesso. Após a consolidação do sistema, observou-se que, no primeiro trimestre de 2025, aproximadamente 80% dos usuários com agendamento autorizado acessavam regularmente o portal de consultas online.

Tabela 1. Custo anual de SMS entre 2021 e 2024, ajustados pelo IPCA e baseados no número de marcações realizadas.

Ano	Marcado	Custo SMS (R\$)	Total SMS (R\$)
2021	215.830	R\$ 0,45	R\$ 97.123,50
2022	302.511	R\$ 0,48	R\$ 145.205,28
2023	291.592	R\$ 0,51	R\$ 148.711,92
2024	557.074	R\$ 0,54	R\$ 300.819,96
			R\$ 691.860,66

Fonte: elaboração dos autores, 2025.

No primeiro trimestre de 2025, a consolidação do sistema tornou-se evidente por meio de médias expressivas: cerca de 10.000 autorizações processadas diariamente e aproximadamente 8.000 acessos únicos ao portal por dia, considerando CPFs distintos. Esses resultados demonstram a ampla adesão da população ao novo modelo de comunicação, evidenciando a eficácia da ferramenta em fortalecer o vínculo entre o cidadão e os serviços públicos de saúde, com um índice de alcance sustentado na faixa de 80%.

Além dos ganhos institucionais, como a economia de recursos financeiros e o aumento da eficiência operacional, a iniciativa proporcionou benefícios diretos e mensuráveis à população usuária. A possibilidade de consultar agendamentos de forma online reduziu significativamente os deslocamentos desnecessários às Unidades Básicas de Saúde (UBS), gerando economia de tempo e de custos com transporte, especialmente para usuários em situação de vulnerabilidade. Essa redução no fluxo físico de pessoas também contribuiu para a melhoria da dinâmica de atendimento nas unidades, tornando o serviço mais ágil e organizado.

Considerando que aproximadamente 30% dos 8.000 acessos diários ao portal correspondem a usuários que, anteriormente, buscavam essa informação de forma presencial, estima-se que cerca de 2.400 pessoas deixem de se deslocar diariamente às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dado que essas demandas se distribuem entre aproximadamente 200 unidades dispensadoras, observa-

se, em média, uma redução de 12 atendimentos presenciais por unidade por dia. Outro aspecto relevante refere-se à expressiva redução no uso de papel para a impressão de autorizações, contribuindo para a adoção de práticas mais sustentáveis e alinhadas às diretrizes de digitalização dos serviços públicos.

A projeção de custos para a impressão de 2.400 folhas A4 por dia entre 2021 e 2024, corrigida pela inflação oficial (IPCA), evidencia o peso orçamentário desse processo contínuo. Considerando valores médios de 2021 de R\$ 25,00 por resma de 500 folhas (R\$ 0,05 por página) e R\$ 0,08 por página em insumos de impressão, estimou-se um custo inicial de R\$ 0,13 por página. Com os reajustes anuais, o gasto total alcançou aproximadamente R\$ 492.882,42, sendo R\$ 189.570,16 apenas em papel. Em cenário alternativo, a terceirização em gráficas rápidas poderia elevar o desembolso para cerca de R\$ 947.850,81. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias de racionalização e sustentabilidade, sobretudo em instituições públicas sujeitas a alta demanda e restrições orçamentárias.

A solução digital de consulta online consolidou-se como uma ferramenta essencial para a modernização da gestão pública da saúde em Manaus. Seus impactos positivos não se restringem apenas ao âmbito financeiro e administrativo, mas estendem-se à melhoria da experiência do usuário, ao fortalecimento da cidadania digital e à promoção de práticas de gestão pública mais transparentes, eficientes e orientadas para resultados concretos.

Considerações Finais e Perspectivas Futuras

O trabalho desenvolvido pela Diretoria de Tecnologia da Informação (DTI) da SEMSA representa um marco na transformação digital da saúde pública em Manaus. Ao aliar rigor técnico, inovação e sensibilidade às demandas locais, o DTI consolidou-se como ator estratégico na formulação e execução de políticas públicas de saúde digital.

A experiência demonstra resultados concretos: redução do absenteísmo, aumento expressivo das confirmações de presença, forte adesão dos usuários e economia de recursos antes destinados ao envio de SMS. Esses avanços reforçam o potencial de replicação do modelo em outros municípios que enfrentam desafios semelhantes de acesso, desigualdade e escassez tecnológica, reafirmando a importância da soberania digital no fortalecimento do SUS como sistema universal, equitativo e integral.

A implantação do sistema digital de consulta online ampliou o acesso da população a serviços especializados por meio de informações claras, rápidas e de fácil utilização. Essa mudança reduziu a necessidade de deslocamentos presenciais às Unidades Básicas de Saúde, minimizando barreiras geográficas, econômicas e sociais. Em paralelo, a queda do absenteísmo resultou em maior aproveitamento das vagas, garantindo equidade no atendimento e uso mais eficiente dos recursos públicos.

Outro aspecto relevante foi a adesão massiva dos usuários, consolidando o Consulta SisReg como o serviço mais acessado do portal da SEMSA. Esse engajamento evidencia que soluções digitais bem planejadas fortalecem a confiança nas instituições, aproximam o cidadão da gestão pública e promovem o protagonismo no cuidado à saúde.

O sistema foi desenvolvido em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e orientado por princípios de transparência, economicidade e usabilidade. Assim, demonstrou que a inovação tecnológica pode modernizar processos administrativos e, ao mesmo tempo, ampliar o acesso democrático às políticas públicas de saúde.

Essa experiência dialoga diretamente com as limitações históricas das centrais de regulação do SUS, como a baixa integração entre sistemas, a escassez de recursos tecnológicos e as falhas na comunicação com usuários. Ao contrastar esses entraves com os resultados alcançados em Manaus, fica evidente que a informatização do processo regulatório é não apenas viável, mas essencial para otimizar fluxos, ampliar o alcance informacional e reduzir desigualdades de acesso.

A iniciativa atende aos princípios orientadores da Portaria GM/MS nº 3.691/2024, ao demonstrar como a transformação digital pode qualificar a oferta de serviços, ampliar a autonomia do cidadão e reforçar a equidade digital. Nesse sentido, o sistema de regulação online não se limita a modernizar processos: ele estabelece um novo padrão de relacionamento entre Estado e sociedade, mais transparente, eficiente e centrado no usuário.

Apesar dos avanços, persistem desafios: integração plena com o e-SUS APS, superação de barreiras de inclusão digital para populações vulneráveis, garantia de financiamento sustentável e manutenção da continuidade política. Para o futuro, vislumbram-se novas etapas de aprimoramento, como a utilização de ferramentas de inteligência artificial para estratificação de risco, previsão de demanda e personalização das notificações, potencializando ainda mais a resolutividade e a eficiência do sistema.


Do ponto de vista acadêmico, cabe destacar que essa experiência também aponta para limitações e oportunidades de pesquisa. Entre elas, a necessidade de estudos comparativos com outros contextos municipais, a avaliação de custo-efetividade em médio e longo prazo e a análise do impacto da digitalização sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde. Assim, as evidências apresentadas não apenas sustentam a relevância da solução implantada em Manaus, mas também contribuem para o debate nacional sobre saúde digital, gestão pública e inovação no SUS.

Referências

- Barbosa, D. V. S., Barbosa, N. B., & Najberg, E. (2014). Regulação médica do fluxo das urgências: Análise do complexo regulador de Goiânia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(1). <https://www.interface.org.br/>
- Bastos, L. B. R. et al. (2020). Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 54, 25. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001791>
- Brasil. (1990a). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*.

- Brasil. (1990b). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Norma Operacional Básica do SUS - NOB 96. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008a). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). Manual técnico do Sistema Nacional de Regulação – SISREG III. DATASUS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sisreg.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. (2023). Política Nacional de Regulação do SUS. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). Portaria GM/MS nº 6.656, de 10 de março de 2025. Ministério da Saúde.
- Empresa Brasil de Comunicação. (2023, junho 28). População cresce mais de 10% em Manaus e nas capitais do Centro-Oeste. Agência Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2023-06/populacao-cresce-mais-de-10-em-manaus-e-nas-capitais-do-centro-oeste>
- Eitan, A., Kantor, L., & Shani, M. (2022). Digital health: Challenges and opportunities. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00527-4>
- Gadelha, M. I. P., Botelho, M. B., & Kartz, C. L. B. (2023). Regulação do acesso assistencial à saúde. *Revista EJEJ*.
- Giannotti, E. M., Louvison, M., & Chioro, A. (2025). Listas de espera na atenção ambulatorial especializada: Reflexões sobre um conceito crítico para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(6), e00220724. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT220724>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Eds.). (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (2ª ed.). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Cidades e Estados - Manaus (AM)*. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>
- IBGE. (2022). *Panorama Censo 2022 (extensões) - Favelas e comunidades urbanas: Informações territoriais - Manaus, AM*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/pesquisa/10105/293337>
- Lima, L. D. et al. (2020). Regional governance in Brazil's Unified Health System: A conceptual framework. *Health Policy and Planning*, 35(8), 991–1000. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa066>

- Manaus (AM). Secretaria Municipal de Saúde. (2022). Plano Municipal de Saúde de Manaus 2022–2025. <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>
- Medeiros Junior, E. L. C., Roberto, J. C. A., Cunha, E. L., Lima, O. P., Araújo, P. C. D., Maduro, M. R., & Oliveira Júnior, N. J. (2023). Sistema de Regulação da Saúde do SUS. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 16(7), 6849–6863. <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1305>
- Melo, E. A. et al. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310109. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>
- Oliveira, J. C. S., Carminé, R. L. A., Correa, N. C. C., Fonseca, G. A. O., Santos, M. P. F. M., Teixeira, A. C. L., Souza, S. E. S., & Chui, F. M. S. (2024). Informatização do transporte sanitário de Manaus: Inovação e transformação. *Journal of Health Informatics*, 16(Special Issue). <https://doi.org/10.59681/2175-4411.v16.iEspecial.2024.1381>
- Paim, J. S. (2018). O que é o SUS. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575416414>
- Paim, J. S. (2022). O futuro do SUS: Dilemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(12), 4723–4732. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022712.08302022>
- Prefeitura de Manaus. (2019). Sistema de Regulação da Saúde completa 10 anos na capital. <https://www.manaus.am.gov.br/noticia/saude/sistema-de-regulacao-da-saude-completa-10-anos-na-capital/>
- Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. (2012). Plano Estadual de Saúde 2012–2015. SESA.
- Silva, A. B. M. N., Oliveira, A. F., & Silva, D. P. (2023). A importância da regulação em saúde no Brasil. *Ciências da Saúde*, 27(127). <https://revistaft.com.br/a-importancia-da-regulacao-em-saude-no-brasil/>
- Tofani, L. F. N., Rebequi, A., Guimarães, C. F., Furtado, L. A. C., Andrezza, R., & Chioro, A. (2023). Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(1), e00161222. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161222>
- Vasconcelos, C. M., Souza, L. E. P. F., & Lima, L. D. (2023). Regulação em saúde no Brasil: Avanços, impasses e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 57, 43. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004974>
- Vieira-da-Silva, L. M., & Furtado, J. P. (2020). Avaliação em saúde: Conceitos e métodos. In A. Brousselle et al. (Eds.), *Avaliação: conceitos e métodos* (pp. 15–40). Editora Fiocruz.



“Nenhuma criança fica para trás”: garantindo a imunização na UBS Emile Tássia, município de Manicoré, AM

Lívia de Carvalho Cuadal
Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa
Jackline dos Santos Bentes
Vanessa Colares Magalhães
Maria Adriana Moreira
Zilda Maria de Medeiros Gonçalves
Erigilsa Lopes da Silva
Josely Maria Brandão Colares
Fabiana Mânica Martins

Introdução

A vacinação de crianças de 0 a 5 anos é um pilar essencial da saúde pública, protegendo não apenas os indivíduos imunizados, mas também a comunidade como um todo. As vacinas fortalecem o sistema imunológico, prevenindo doenças graves que podem causar complicações, sequelas e até a morte. Além disso, a imunização em massa reduz a circulação de vírus e bactérias, criando uma barreira de proteção coletiva e evitando surtos.

No entanto, num período recente da política nacional, passamos a ter desafios relevantes na imunização como a desinformação e a resistência dos pais à vacinação comprometem os avanços nessa área. A disseminação

de *fake news* nas redes sociais reforça a hesitação vacinal, exigindo ações educativas contínuas. Como apontam Ugarte e Vilaça (2025) recusa à vacina contra a Covid-19, intensificada pela circulação de desinformações nas redes sociais, produziu desafios significativos para a efetivação das campanhas de imunização no contexto amazônico. A baixa adesão esteve relacionada tanto à disseminação de notícias falsas quanto às condições educacionais de parte da população, especialmente em comunidades tradicionais. Nesse cenário, era fundamental fortalecer ações de educação em saúde, com acolhimento e esclarecimento de dúvidas, além de investir na busca ativa nas comunidades ribeirinhas, com protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde, para ampliar a cobertura vacinal.

Nesse contexto de aumentar a cobertura vacinal no município de Manicoré, buscamos utilizar a estratégia da educação em saúde em recepções, visitas domiciliares, consultas e na sala de vacina das Unidades de Saúde do município. O objetivo das ações foi aumentar a conscientização e esclarecer dúvidas sobre a importância e a eficácia das vacinas.

No decorrer das atividades, enfrentamos o desafio de acessar o território de abrangência da UBS Emile Tássia, pois as estradas e os ramais não são pavimentados, dificultando o deslocamento, especialmente no período do inverno amazônico. Assim, para alcançar a população rural, necessitamos realizar ações itinerantes com equipes completas, garantindo a imunização e orientações adequadas. Dessa forma, a vacinação infantil torna-se mais acessível, reforçando a importância de políticas públicas que promovam equidade no acesso à saúde. Por fim, o objetivo deste texto é refletir sobre a ferramenta “Vacina Certa” como estratégia para intensificar e ampliar a vacinação nas crianças de 0 a 5 anos que fazem parte da abrangência da UBS Emile Tássia, do Município de Manicoré/AM.

Figura 1. Equipe da UBS Emile Tássia.



Fonte: acervo da SEMSA, 2025.

Percurso Metodológico – o que construímos e como construímos

A experiência foi realizada no município de Manicoré, situado ao sul do estado do Amazonas, no rio Madeira, distante de Manaus a 331 km em linha reta, com uma população aproximada de 59 mil habitantes e uma área 48.482 km² (IBGE, 2022). A gestão da saúde é realizada por meio de 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo 13 estão situadas na sede, 13 na zona Rural e 3 em Matupi, distrito que faz parte do nosso Município, localizado no KM 180 da Transamazônica.

A UBS Emile Tássia está situada no bairro do Santo Antônio e tem 51 funcionários (Figura 01) e aproximadamente 5.700 usuários cadastrados. A Unidade abrange três bairros, em áreas de grande vulnerabilidade social da

cidade. Além disso, há cinco ramais situados nas vicinais e uma Comunidade Monte Santo, localizada na zona rural.

Figura 2. Calendário Vacinal crianças de 0 a 4 anos.



Fonte: elaborado com uso de IA a partir do Ministério da Saúde, 2025.

A campanha “Vacina Certa” foi criada para aprimorar o controle da cobertura vacinal e facilitar a busca ativa das crianças, como uma ferramenta estratégica para organizar e acompanhar o calendário vacinal. Esse método permite registrar e controlar as doses aplicadas, sendo essencial em situações em que o sistema de registro está inoperante, garantindo a posterior inserção dos dados e evitando perdas. Essa ferramenta foi adaptada a partir do Monitoramento de Estratégia da Vacinação (MEV), que solicitava um levantamento somente de duas vacinas. Logo, tivemos ideia de fazer esse levantamento com todas as vacinas que são obrigatórias de criança de 0 a 5 anos (Figura 02).

Na tabela organizacional da equipe, listamos as 65 crianças: nome, idade, data de nascimento, cartão do SUS, CPF, nome da mãe e todas as vacinas por ordem cronológica que cada idade exige. Os registros, atualizações e monitoramento são executados pelas vacinadoras e acompanhados pelas enfermeiras e gerência da unidade. Os ACS e as ACS, a partir desses registros e monitoramento, realizam a busca ativa desse público para obter um monitoramento territorial da cobertura vacinal realizado pela equipe de APS. Aqui apresentamos a capacidade da equipe na cobertura vacinal:

Tabela 1. A partir da Tabela Vacina Certa observamos a seguinte cobertura

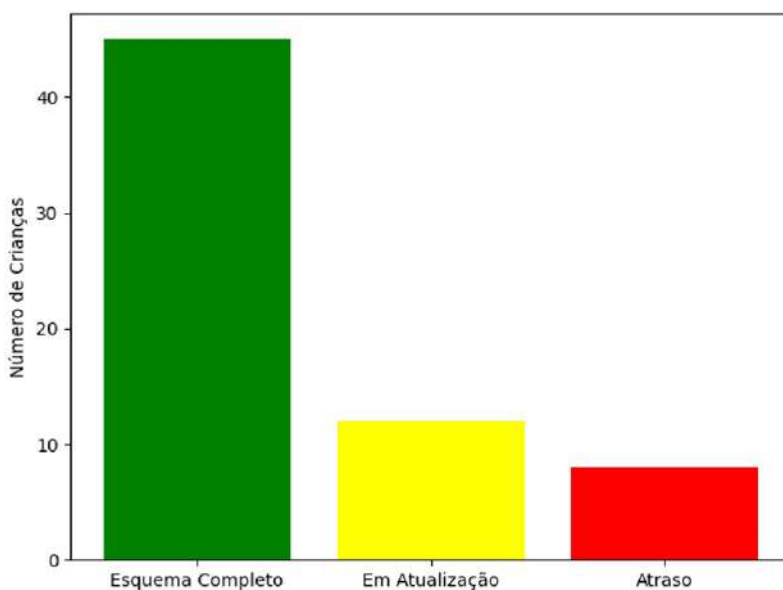
Faixa etária	Nº de crianças	Esquema completo (%)
< 1 ano	28	92%
1 a 2 anos	19	89%
3 a 4 anos	18	95%
Total	65	92%

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

A média simples da cobertura de esquema vacinal completo é de 92%. Esse resultado indica que, de forma geral, a equipe mantém uma cobertura elevada entre as crianças acompanhadas no território, com desempenho

consistente nas diferentes idades (< 1 ano: 92%; 1 a 2 anos: 89%; 3 a 4 anos: 95%). Observa-se uma leve variação na faixa de 1 a 2 anos, mas o conjunto demonstra forte capacidade de monitoramento, busca ativa e atualização vacinal, refletindo organização do cuidado e compromisso da equipe com a proteção coletiva. Os mesmos dados podem ser representados na tabela da equipe e resumidamente está da seguinte forma:

Gráfico 1. Distribuição da situação vacinal de crianças acompanhadas pela equipe de APS, segundo classificação de monitoramento.



Fonte: acervo de monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de Manicoré/AM, 2025.

Essa representação utiliza a lógica do semáforo, escolhida pela própria equipe como estratégia visual de monitoramento na tabela nominal de acompanhamento vacinal. As cores cumprem uma função pedagógica e organizadora do cuidado. A saber, **Verde**: Esquema Completo, indica crianças com calendário vacinal atualizado. Representa proteção assegurada e resultado do acompanhamento

contínuo da equipe; **Amarelo**: Em Atualização, sinaliza esquemas em processo de regularização ou aguardando o período oportuno para a aplicação e completude do esquema vacinal. Funciona como alerta de acompanhamento ativo, orientando ações de busca, orientação familiar e agendamento; e, **Vermelho**: Atraso, identifica situações que demandam prioridade na intervenção, mobilizando busca ativa pelos ACS e ações educativas junto às famílias.

A escolha das cores transforma uma planilha técnica em um instrumento de gestão do cuidado, permitindo leitura rápida da situação do território, organização das prioridades e tomada de decisão coletiva. Não se trata de controle, mas de uma ferramenta de monitoramento territorial da proteção coletiva, de cuidado para com o território, uma capacidade de experimentação de modos outros de cuidado, acompanhamento, e, como consequência, ampliar a cobertura vacinal sem exposição individual das crianças.

Os principais resultados de uma proposta local e territorializada

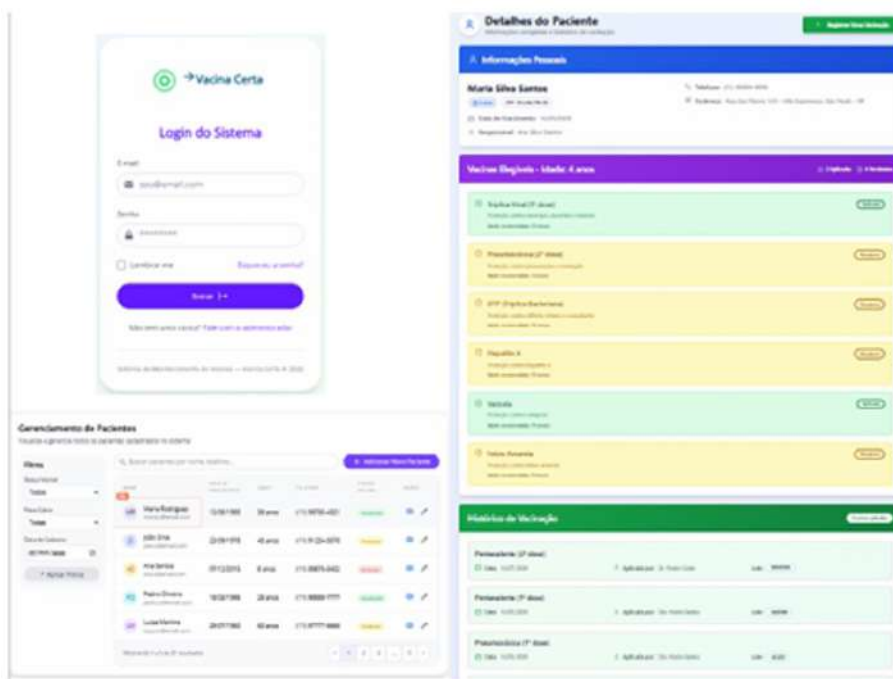
Com a implementação da “Vacina Certa”, observamos um aumento significativo na cobertura vacinal. Comparando os resultados do 3º trimestre de 2023, com 1.314 doses aplicadas, ao 3º trimestre de 2024, que registrou 2.301 doses, constatamos uma melhoria expressiva. A comparação entre o 3º trimestre de 2023 e o 3º trimestre de 2024 evidencia o impacto da implementação da proposta local e territorializada. Observamos o aumento expressivo no número de doses aplicadas, passando de 1.314 doses em 2023 para 2.301 doses em 2024. Em termos proporcionais, o período de 2024 representa 63,7% do total comparado, enquanto 2023 corresponde a 36,3%, demonstrando ampliação significativa da cobertura vacinal.

Houve também avanços no acompanhamento da vacinação e no registro de dados, com a atualização de informações essenciais para o serviço,

como CNS, CPF e cadastros das crianças e de seus responsáveis. Além disso, foi possível intensificar a busca ativa das crianças por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Essa ferramenta proporciona uma visualização precisa e didática de cada criança que necessita de vacinação, identificando atrasos e até mesmo usuários fora de área.

Durante apresentação estadual, um técnico por parte da gestão a transformar nossa tabela em um programa tecnológico, tornando mais eficaz e amplo em um aplicativo.

Figura 3. Protótipo do aplicativo Vacina Certa.



Fonte: acervo pessoal, 2025.

A transformação da tabela de monitoramento vacinal em um aplicativo tecnológico, materializada no protótipo Vacina Certa, qualifica o processo de trabalho da equipe ao ampliar a capacidade de organização, análise e

acompanhamento em tempo real da situação vacinal do território. A ferramenta favorecerá a sistematização de dados, a identificação ágil de esquemas em atraso e o apoio à tomada de decisão, fortalecendo o monitoramento territorial e a gestão do cuidado. Uma inovação organizacional que integra tecnologia à prática da Atenção Primária, contribuindo para maior eficiência, ampliação da cobertura vacinal e sustentabilidade das ações de imunização.

Outra ação desenvolvida, foi a realização da educação permanente em saúde (EPS) com as vacinadoras da sede e da zona rural, explicando a tabela e suas funcionalidades. Com o objetivo de fortalecer as necessidades de conhecimento e de desenvolvimento profissional, dessa forma obtendo melhora do alcance dos indicadores e consolidar o SUS com os profissionais frente aos principais desafios identificados. Segundo Merhy (2015), esse movimento de Educação Permanente vai acontecendo como prática e com seus efeitos. Esse processo é constitutivo do próprio mundo do trabalho e vai ocorrendo sem que precise ser denominado como processo formativo, para ser, de fato, lugar de formação.

Figura 4. Educação Permanente em saúde sendo realizada na UBS Emile Tássia com as vacinadoras da sede e zona rural.



Fonte: arquivo pessoal, 2026.

Para Oliveira (2016), a responsabilidade do profissional que atua em sala de vacinação também indica a necessidade de se incorporar a EPS ao cotidiano de trabalho. Por demandar ações seguras, a garantia da qualidade dos imunobiológicos ofertados e uma assistência de qualidade, a EP em sala de vacinação deve estar intrínseca ao cotidiano de trabalho.

Considerações a se pensar

A identificação das necessidades e o acompanhamento contínuo de usuários, mesmo aqueles que mudam de área, são essenciais para garantir a eficácia dos serviços de saúde. A ampliação da tabela de monitoramento para incluir outros grupos, como idosos, gestantes e pacientes com doenças crônicas, pode fortalecer ainda mais a cobertura vacinal.

A educação em saúde nas unidades de saúde é fundamental para disseminar o uso da tabela e otimizar as estratégias de vacinação. Com a implementação dessa ferramenta, conseguimos não apenas melhorar a cobertura vacinal das crianças de 0 a 5 anos, mas também identificar usuários que necessitam de atenção específica em seu calendário vacinal, facilitando o controle de vacinas previstas e em atraso.

A experiência da UBS Emile Tássia nos mostra que o fortalecimento da vacinação infantil passa, necessariamente, por estratégias responsáveis, criativas e comprometidas com a mudança da realidade. A “Vacina Certa” mostrou potente para o município de Manicoré. Evidenciamos que: sistematizar as informações, otimizar a busca ativa e assegurar o acompanhamento integral das crianças de 0 a 5 anos ampliou a cobertura vacinal no nosso território.


Neste caso, mais do que um instrumento de gestão, tornou-se uma tecnologia leve de cuidado, fortalecendo vínculos entre profissionais e território. O processo formativo das equipes, inspirados na Educação Permanente em Saúde, foi fundamental para orientar, guiar, fundamentar as

ações. A EPS potencializou o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras no enfrentamento dos desafios cotidianos da imunização, confirmando a sua importância no sentido de ser um dispositivo de transformação das práticas do cotidiano do trabalho.

Por fim, a “Vacina Certa” nos trouxe melhoras no aumento do índice das aplicações, conseguimos aumentar mais de mil doses em comparação ao ano anterior, quando não tínhamos essa tabela instalada em nossa jornada de trabalho. A presença ativa dos agentes comunitários de saúde reafirmou o papel estratégico desses profissionais na garantia do direito à saúde, na garantia do acesso à saúde desde a primeira infância. A “Vacina Certa” demonstra o potencial de experiências locais em inspirar soluções possíveis, ora inovadoras, ora articulando gestão, cuidado e educação, ora sendo resolutiva para questões problema do cotidiano

Referências

- Merhy, E. E. (2015). Educação permanente em movimento: Uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, 1(1), 7–14. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>.
- Oliveira, V. C., Rennó, H. M. S., Santos, Y. R., Rabelo, A. F. G., Gallardo, M. P. S., & Pinto, I. C. (2016). Educação para o trabalho em sala de vacina: Percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(3), 2331–2341. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1180>
- Ternopolski, C. A., Baratieri, T., & Lenstck, M. H. (2015). Eventos adversos pós-vacinação: Educação permanente para a equipe de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, 16(4), 109–119. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n4p109>
- Ugarte, A. K. R. A., & Vilaça, G. D. (2025). Vacinação em rede: Unindo apoiadores municipais para produzir saúde em Santa Isabel do Rio Negro, AM. In C. Fernandes, B. Albuquerque, & J. C. Schweickardt (Orgs.), *Imuniza Amazonas: Sobre vidas, afeto e vacinas* (1ª ed.). Editora Rede Unida.



Operação bacilo: estratégias de combate à alta incidência da tuberculose em Nhamundá-AM

Milton Gama dos Santos
Lupuna Corrêa de Souza
Rúbia Prestes Jacaúna

Introdução

A tuberculose (TB) continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade em escala global, configurando-se como um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. No Brasil, apesar da disponibilidade gratuita de diagnóstico e tratamento, a doença mantém incidência significativa, especialmente em regiões marcadas por desigualdades sociais, baixa cobertura de serviços de saúde e dificuldades logísticas para acompanhamento dos casos.

No estado do Amazonas tais desafios se intensificam devido à vastidão territorial, a presença de comunidades ribeirinhas e rurais de difícil acesso e as condições socioeconômicas que favorecem a propagação da doença. Em 2024, o município de Nhamundá destacou-se negativamente ao liderar o ranking estadual de incidência da tuberculose, com 163 casos por 100 mil habitantes. Esse cenário crítico demandou respostas imediatas e integradas por parte das autoridades sanitárias locais.

Nesse contexto, foi estruturada a “Operação Bacilo”, uma iniciativa que buscou enfrentar o alto índice de infecção a partir de um conjunto de

estratégias epidemiológicas e sociais, envolvendo a atuação da vigilância em saúde, da atenção primária e da assistência social. O objetivo geral da operação foi desenvolver uma resposta eficaz ao elevado número de casos de tuberculose em Nhamundá, fortalecendo tanto o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, quanto as condições de suporte social que garantem a adesão dos pacientes.

Para alcançar esse propósito, a operação definiu objetivos específicos, entre os quais se destacam: (a) realizar busca ativa de casos e dimensionar o real cenário epidemiológico do município; (b) ampliar a aplicação da prova tuberculínica (PPD) em contatos de pacientes diagnosticados, prevenindo a evolução da infecção latente (ILTb) para a forma ativa da doença; (c) reduzir a taxa de incidência em até 95% mediante a efetiva cura de casos ativos e o tratamento preventivo da ILTB; (d) implementar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) como mecanismo de fortalecimento da adesão terapêutica; e (e) pactuar ações intersetoriais, em especial com a assistência social, para fornecer apoio alimentar a pacientes em situação de vulnerabilidade.

Assim, a Operação Bacilo constitui uma experiência singular de resposta rápida e coordenada a uma emergência epidemiológica em território amazônico, oferecendo subsídios relevantes para a formulação de políticas públicas voltadas ao controle da tuberculose em contextos de elevada vulnerabilidade social.

A Operação Bacilo foi organizada como uma estratégia integrada de intervenção em saúde pública, articulando medidas epidemiológicas, assistenciais e sociais. O delineamento metodológico baseou-se no princípio da vigilância ativa, da prevenção da progressão da doença e da promoção da adesão ao tratamento, buscando não apenas reduzir a incidência imediata da tuberculose, mas também interromper sua cadeia de transmissão no território. A abordagem adotada considerou a realidade amazônica, marcada por barreiras de acesso, e a necessidade de cooperação intersetorial para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde.

Principais estratégias da Operação Bacilo

Busca ativa

Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) intensificaram a solicitação do exame de baciloscopia (BAAR), essencial para identificar a presença do *Mycobacterium tuberculosis*. Em 2024, foram realizados 282 exames, número significativamente superior ao registrado em anos anteriores. Essa estratégia permitiu detectar precocemente casos ativos, dimensionar a real situação epidemiológica e iniciar o tratamento oportuno.

Prova tuberculínica (PPD)

A aplicação da prova tuberculínica foi ampliada para todos os contatos de pacientes com TB ativa. Esse exame foi fundamental para identificar casos de Infecção Latente da Tuberculose (ILTB), sobretudo entre pessoas vivendo com HIV, mais suscetíveis à evolução para a forma ativa. Ao identificar precocemente a presença do bacilo em estado latente, a vigilância conseguiu ampliar a prevenção.

Tratamento da ILTB

Os pacientes diagnosticados com ILTB foram submetidos a tratamento preventivo, estratégia que evita a progressão da doença e reduz custos para o sistema de saúde. Ao todo, 26 pacientes iniciaram e concluíram esse tratamento, garantindo a interrupção da cadeia de transmissão.

Tratamento Diretamente Observado (TDO)

A adesão terapêutica foi fortalecida com o TDO, no qual os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acompanharam presencialmente a ingestão dos medicamentos. Além disso, a vigilância utilizou ferramentas de comunicação, como chamadas telefônicas e mensagens via WhatsApp, para monitorar o estado clínico dos pacientes e esclarecer dúvidas. A criação de um cartão de acompanhamento padronizou os registros e favoreceu o controle sistemático.

Pactuação intersetorial

Reconhecendo que as condições sociais impactam diretamente o enfrentamento da tuberculose, foi estabelecida uma parceria entre a Vigilância Epidemiológica e a Assistência Social. Essa pactuação garantiu a entrega de cestas básicas a pacientes em situação de vulnerabilidade, funcionando como incentivo e suporte concreto à continuidade do tratamento.

A metodologia da Operação Bacilo destacou-se por articular ações biomédicas e sociais em uma abordagem territorializada e integrada. A combinação de diagnóstico precoce, tratamento preventivo, acompanhamento intensivo e apoio intersetorial representou um diferencial para o sucesso da intervenção, revelando que, em contextos complexos como a Amazônia, a superação da tuberculose exige estratégias que ultrapassem os limites do setor saúde, incorporando dimensões sociais e comunitárias ao cuidado.

Resultados

Os resultados obtidos com a Operação Bacilo evidenciam a efetividade das estratégias implementadas e demonstram como a articulação entre vigilância epidemiológica, atenção básica e assistência social pode transformar

o cenário epidemiológico em curto espaço de tempo. As ações conjuntas não apenas revelaram a real magnitude da tuberculose em Nhamundá, mas também permitiram reorganizar o cuidado em saúde e ampliar a prevenção, mostrando que medidas simples, quando integradas, podem gerar impactos significativos.

Quadro 1. Resultados da Operação Bacilo em Nhamundá-AM (2024–2025).

Estratégia	Ação Realizada	Resultados Obtidos
Busca ativa	Realização de baciloscopias (BAAR) em pacientes sintomáticos respiratórios	282 exames realizados; 33 casos de TB ativas confirmados e todos tratados com cura
Prova tuberculínica (PPD)	Testagem em contatos de casos confirmados e em pessoas vivendo com HIV	89 provas aplicadas (76 em 2024 e 13 em 2025); 26 casos de ILTB identificados
Tratamento da ILTB	Início do tratamento preventivo para casos de bacilo “adormecido”	26 pacientes tratados; nenhum evoluiu para TB ativa
Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Supervisão pelos ACS, visitas domiciliares e acompanhamento digital (WhatsApp)	Adesão garantida: 6 meses para TB ativa e 3 meses para ILTB
Pactuação intersetorial	Parceria com a Assistência Social para oferta de apoio alimentar	Entrega de cestas básicas a pacientes em vulnerabilidade, fortalecendo a adesão
Taxa de incidência	Monitoramento epidemiológico após as intervenções	Redução de 163 para 4,9 casos por 100 mil habitantes; município caiu do 1º para o 36º lugar no ranking estadual

Fonte: Painel Epidemiológico TB. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas-FVS 2025.

Os resultados alcançados demonstram uma queda expressiva da taxa de incidência, de 163 para 4,9 casos por 100 mil habitantes, reposicionando Nhamundá da primeira para a 36ª posição no ranking estadual. Mais do que números, esses avanços refletem a eficácia da estratégia adotada, o compromisso das equipes envolvidas e a potência da integração entre saúde e assistência social. A experiência reafirma que, em territórios amazônicos, o enfrentamento da tuberculose deve ser multidimensional, envolvendo tanto o controle biomédico quanto o enfrentamento das desigualdades sociais que alimentam a doença.

Considerações Finais e Aprendizados

A experiência de Nhamundá demonstra que o enfrentamento da tuberculose em territórios amazônicos exige a combinação de estratégias clínicas e sociais. A busca ativa, ao identificar precocemente os casos, revelou a magnitude do problema, muitas vezes invisibilizado pela subnotificação. A aplicação sistemática da prova tuberculínica possibilitou ampliar o cuidado para além dos casos ativos, incorporando a dimensão preventiva do tratamento da ILTB.

Outro aspecto fundamental foi a adesão garantida pelo TDO. Estudos apontam que a supervisão terapêutica é determinante para reduzir o abandono do tratamento, um dos maiores desafios no controle da TB. Em Nhamundá, a atuação dos ACS, aliados ao uso de tecnologias de comunicação, fortaleceu o vínculo entre pacientes e serviços de saúde.


O apoio intersetorial destacou-se como inovação: ao reconhecer que fatores socioeconômicos impactam diretamente a adesão, a entrega de cestas básicas se configurou como medida concreta de equidade em saúde. Essa prática, embora simples, mostrou-se relevante para assegurar continuidade do tratamento. Assim, a Operação Bacilo reforça a necessidade de articular vigilância, atenção primária e políticas sociais no combate à tuberculose, em consonância com diretrizes nacionais e internacionais (Brasil, 2022; WHO, 2023). A experiência pode servir como modelo replicável para outros municípios da região amazônica e do país.

A Operação Bacilo representou uma resposta eficaz e inovadora ao grave cenário de tuberculose em Nhamundá. A redução drástica da taxa de incidência em pouco tempo demonstra que, mesmo em contextos desafiadores, é possível alcançar resultados expressivos quando há integração entre diagnóstico precoce, tratamento adequado, acompanhamento contínuo e suporte social. Por fim, o programa fortaleceu a capacidade da vigilância

epidemiológica, estimulou o protagonismo da atenção primária e consolidou a importância das ações intersetoriais. Para além do impacto imediato, a experiência lança perspectivas de sustentabilidade e replicabilidade, podendo inspirar estratégias em outros municípios da região do Baixo Rio Amazonas.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: MS.
- Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. (2024). *Boletim Epidemiológico de Tuberculose*. Manaus: FVS-AM.
- IBGE. (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2022: Resultados preliminares*. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/censo/>.
- Silva, R. A., & Santos, J. M. (2021). Estratégias de adesão ao tratamento da tuberculose no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista de Saúde Coletiva*, 31(2), 45–60. <https://doi.org/10.1590/rsc.31202145>
- WHO. World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: WHO.



Projeto linguinha solta: o impacto na qualidade de vida da população novolindense

**Paula Raylane Gomes de Oliveira
Ayla Danielle Ferreira Leal
Luana Rodrigues Ferreira
Safira Mendes Viana
Albernice Teixeira Peixoto
Sonaira Serrão Castro Ribeiro
Mariza Quércio Machado**

Introdução

Nova Olinda do Norte, conhecida como “Princesinha do Madeira”, é um dos municípios da calha do rio madeira. A sua história iniciou com a compra de um sítio e como as telhas do barracão eram novas, o nome ficou Nova Olinda, posteriormente, a Petrobras estava fazendo pesquisa no Amazonas, descobriu, em 13 de maio de 1955, petróleo no local. A empresa fixou-se em Nova Olinda, construindo uma minicidade para acolher os funcionários da empresa. Nessa época, Nova Olinda recebeu dois mil imigrantes vindos principalmente do Pará (IBGE, 2025).

Com a iminência de desenvolvimento da região, o governador Plínio Coelho, sancionou a lei nº 096 de 19 de dezembro de 1955 desmembrando-a de outros municípios considerando a autonomia política, e foi o mesmo governador que acrescentou a expressão do Norte para especificar uma Nova

Olinda do Norte no Brasil. Diante disso, especulou-se que o Brasil seria autossuficiente em petróleo, porém um engenheiro fez várias análises e chegou à conclusão de que o petróleo era de baixa qualidade. A Petrobras fechou os poços e Nova Olinda do Norte ficou abandonada (Peixoto et al., 2025).

Com a tristeza em saber que aquela efervescência foi repentina, o novolindense fez o que sabia fazer, caçar, pescar, plantar, as mudanças de mentalidade também, iniciou um ciclo cultural muito forte, e há décadas vem sendo estabelecida como uma fonte de resistência, ainda que se observe o desaparecimento de muitas danças como: dança do vinho, cacetinho, gambá e burrinho. No entanto, novos formatos de atividades culturais foram surgindo como: o Boi de chão diamante negro nas cores azul e branca e o Boi Corre Campo nas cores vermelho e branco, cirandas e quadrilhas, que com uma força atraíam visitantes turistas de vários municípios e de outros estados (Peixoto et al., 2025).

Nova Olinda do Norte é privilegiada em uma área estratégica, está situada em 35 km ao sul- leste de Autazes, a cidade mais próxima, pertencente a mesorregião do centro amazonense e microrregião de Itacoatiara, localiza-se a sul de Manaus, capital do estado distante cerca de 126 km, área territorial 5578.132km², área urbana, 2,10km², 4, 85 habitantes/ km² (2022), ocupando o 52 em área no estado. Municípios limítrofes, oeste: Borba; norte: Itacoatiara; noroeste: Autazes; leste: Maués; sul: Borba.

O acesso se dá por via fluvial em barcos da capital Manaus, que em uma distância de 132km². No período da metade do mês de maio há um destaque para o fenômeno de vazante do rio madeira, que faz parte da especificidade regional do período da seca e cheia dos rios. O período de vazante traz consequências como o aparecimento dos bancos de areia, dificultando assim o deslocamento, quando muitas vezes as pessoas precisam sair de suas canoas e lanchas para empurrar, devido ao assoreamento dos rios. Este fenômeno impacta principalmente na saúde da população ribeirinha, mas que são apoiadas com 19 pontos nas comunidades, ajudando assim nesse período de vazante.

O município tem população indígena, com destaque ao povo Mura, povo recorrente do rio madeira, residentes na Aldeia Indígena Mura Curupira Cristo Rei. Vale ressaltar também o acompanhamento de crianças vindas encaminhadas de aldeias adjacentes do Polo Laranjal-Kwatá pertencente ao município de Borba, sendo firmado uma parceria para fazer um cuidado compartilhado.

A Atenção Primária à saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da população. No município de Nova Olinda do Norte, a APS representa o principal eixo de organização em saúde no município e encontra-se em pleno desenvolvimento e evolução, reduzindo necessidades de deslocamento longos e promovendo saúde de forma mais equitativa. O município conta com 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 06 na área urbana, onde todas contendo equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 7 unidades básicas e 19 pontos de apoio na zona rural.

O papel do cirurgião dentista no SUS é oferecer atendimento humanizado, sendo um elemento primordial para o atendimento, é comprometimento em receber, ouvir e tratar de forma humanizada os usuários. De acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a equipe de saúde é responsável pelo cuidado contínuo, sendo esses profissionais responsáveis por realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Além disso, desenvolvem ações de cuidado integral em saúde que garantem o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado (Brasil, 2024).

A anquiloglossia é uma anomalia de desenvolvimento da língua que pode ocorrer de forma parcial ou total, na qual o freio lingual se encontra mais curto, resultando na limitação dos seus movimentos. Essa anomalia é conhecida popularmente como “língua presa”, tal anormalidade pode ser observada ao nascimento até a fase adulta, podendo causar danos à saúde e à qualidade de vida da criança ou adulto, devido as dificuldades na amamentação,

mastigação, distúrbios na fala, presença de distúrbios oromiofasciais, afetando o convívio social do indivíduo. Portanto, é essencial que os fatores causadores sejam diagnosticados o mais precoce possível (Soares, Ferrari & Faria, 2012; Brito et al., 2008; Varadan et al., 2019).

Estudos de Procopio et al. (2017) e Pompeia et al. (2017) relatam que por décadas tem havido um acalorado debate sobre se o frênulo lingual anormal de um bebê pode interferir negativamente no estabelecimento e manutenção de práticas adequadas de amamentação. Assim, foi levantada a hipótese de que a anquiloglossia pode reduzir a capacidade de recém-nascidos e bebês manterem a pega e a compressão da língua sobre o mamilo interrompendo ou dificultando a transferência eficiente do leite, causando dificuldade no ganho de peso do bebê e aumento do desconforto materno durante a amamentação.

De acordo com Martinelli et al. (2013) e O’Shea et al. (2017), a prevalência da anquiloglossia no Brasil varia de 0,88% a 16,0%. Já Veysiere et al. (2015) mencionam outros dados sendo eles com prevalência de 3,2% a 4,8%, dados estes subestimados devido à ausência de diagnóstico específico e por não apresentarem sintomatologia, sendo assim obrigatório ser realizado o “teste da linguinha” teste de frênulo lingual em recém-nascidos de todos os hospitais e maternidades do país, devido a lei nº 13.002 sancionada pela Presidência da república em 20 de junho de 2014.

O diagnóstico pode ser feito ao nascimento, podendo persistir até o final da infância ou idade adulta. Em lactentes, a anquiloglossia pode gerar dificuldades na amamentação, uma vez que a deglutição e sucção estão relacionadas a este processo. Essa situação pode chegar a causar dificuldade de ganho de peso da criança e dor no mamilo da mãe durante o ato de amamentar, e assim, levar a um desmame precoce e prejuízo do desenvolvimento normal da criança (Segal et al., 2007; Melo et al., 2011; Geddes et al., 2008).

O estudo de Xavier (2014) preconiza que dois tipos de tratamentos podem ser adotados: a frenotomia lingual, e a frenectomia lingual. A frenectomia é uma técnica mais invasiva quando comparada à frenotomia,

pois envolve a remoção completa ou parte significativa do frênulo, já a frenotomia é um procedimento menos invasivo, sendo apenas para aliviar tensão do tecido. Os benefícios do procedimento para o bebê são a melhora na postura e mobilidade da língua, e na postura do lábio o que contribui para garantir os benefícios da amamentação, como o ganho de peso, através do correto vedamento do lábio no mamilo. As indicações cirúrgicas e escolha da técnica a ser utilizada dependem das avaliações, observando as limitações funcionais diante das necessidades específicas de cada paciente, ressaltando assim a importância de um trabalho multidisciplinar entre Fonoaudiologia e Odontologia para fechar diagnóstico.

Início do projeto

O Projeto “Linguinha Solta” foi lançado em 2024 no município de Nova Olinda do Norte, tendo como público-alvo inicialmente crianças de 0 a 3 meses, sendo criado a partir de queixas de mães de lactantes nas consultas de puericultura, que se dedica as consultas de rotina para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. A maioria delas relatam em consulta dificuldade em amamentar, dores no mamilo, uma criança de 2 meses de idade foi encaminhada para o dentista e diagnosticada com anquiloglossia grave seguindo todos os protocolos, tornando assim a criança modelo do projeto, a mãe relatou em consulta de puericultura que a criança tinha um “formato de coração na ponta da língua”, sendo esse um dos principais sinais encontrados em bebês. A criança sentia dores durante a amamentação, observou também que vazava leite pelo canto da boca da criança, para fecharmos diagnóstico, utilizamos o protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT) que leva alguns itens para serem avaliados, com pontuação de score de 0 a 8. O “Protocolo de observação da mamada da UNICEF” é composto por cinco categorias entre comportamentos

favoráveis e indicativos de dificuldade sendo eles: bom, regular ou ruim, um termo de consentimento foi criado para o projeto para autorização das cirurgias com duas vias. Foi realizado então a cirurgia de frenotomia lingual nessa criança de 2 meses de idade, acompanhamento com a nutricionista e fonoaudióloga, obtendo excelentes resultados após a língua solta.

A frenotomia é uma abordagem cirúrgica que possui bons efeitos pós-operatórios (Segal et al., 2007), considerado um procedimento simples, seguro e bastante econômico, com resultados em pouco tempo. Surgindo assim a ideia do lançamento do projeto no município para atender a demanda desses bebês, onde essas mães e crianças teriam atendimento e procedimentos cirúrgicos realizados através do Sistema único de Saúde de forma gratuita, foram realizadas busca ativas, avaliações de bebês e cirurgias realizadas em muitas crianças em meses do projeto.

Os pais de crianças em fase escolar que nunca foram diagnosticadas com anquiloglossia antes de 2024, procuraram as unidades de saúde pelo projeto para avaliações com queixas principais de professores sobre dificuldades de leitura e *bullying* sofrido na escola devido a língua presa, como principal queixa está relacionado a pronúncia do /r/. Sendo assim em janeiro de 2025 ampliamos o projeto para fase adulta, essas crianças, adolescentes e adultos foram avaliados. A primeira paciente a ser atendida após a ampliação, foi uma enfermeira da área ribeirinha, 25 anos de idade, filha da terra, procurou o projeto para uma consulta com a fonoaudióloga relatando queixas principais que sofrera desde criança, que sofria *bullying* na escola e na faculdade devido a “língua presa”. A anquiloglossia não impacta somente na infância, se não diagnosticado precoce, gera frustrações na fase adulta, levando uma qualidade de vida negativa. A usuária foi encaminhada para realizar o procedimento de frenectomia lingual e acompanhamento do caso, após a remoção do freio já pôde-se perceber uma boa mobilidade lingual, após 30 dias, começou as sessões de fonoterapia com grandes ganhos, principalmente em relação a qualidade de vida, relatos da paciente.

Ressaltamos assim, a importância do diagnóstico precoce. As buscas de avaliações aumentaram tanto de bebês, crianças e adultos, onde esses bebês são diagnosticados precocemente evitando assim malefícios futuros, e crianças e adultos são realizados acompanhamentos com a fonoaudióloga após as cirurgias realizadas, percebemos que estamos conseguindo ótimos resultados das crianças em fase escolar e adultos.

A busca ativa desses usuários é realizada primeiramente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que passaram por capacitação, que também realizam as visitas domiciliares com a equipe e consultas de puericultura nas UBS. Crianças com até um ano de idade realizam consultas com a nutricionista após as cirurgias realizadas, até os seis meses de vida, o aleitamento materno atende às necessidades nutricionais do lactente, porém a partir desse momento, é preciso introduzir à alimentação complementar. Em crianças maiores e adultos, é realizado primeiramente a avaliação com a Fonoaudióloga e encaminhamento para as cirurgias, ressaltando assim o atendimento multidisciplinar.

Após a ampliação do projeto, tivemos o aumento dos “testes da linguinha” em recém-nascidos nas Unidades Básicas de Saúde, e através das avaliações do Programa Saúde na Escola (PSE), foi identificado várias crianças com “língua presa”.

Figura 1. Principal queixa das mães em consulta: lacerações nos mamilos.



Fonte: Arquivo autoras, 2025.

Figura 2. Amamentação após a cirurgia de frenotomia lingual, criança de 2 meses modelo do projeto.



Fonte: Arquivo autoras, 2025.

Figura 3. Primeira paciente a ser atendida após a ampliação do projeto, avaliação.



Fonte: Arquivo autoras, 2025.

Figura 4. 30 dias após a cirurgia de frenectomia lingual realizada, com excelente mobilidade lingual.



Fonte: Arquivo autoras, 2025.

Estudos genéticos sugerem que, de forma hereditária, as alterações podem estar ligadas ao cromossomo X, com alta probabilidade para herança autossômica dominante, por mutação do gene T-box (Marchesan et al., 2014). Esse gene participa de uma família extensa e geradora de mutações de diversas síndromes (Packham et al., 2003).

Quando o diagnóstico precoce terá resultado satisfatório, não descartando a possibilidade de ser realizado na fase adulta. Sabemos que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas, em outras palavras, equidade significa tratar diferente os desiguais, investindo mais onde a necessidade é maior, quando nem todos podem pagar para realizar essas cirurgias.

Um olhar particular aos pacientes ribeirinhos

Destacamos um olhar particular aos pacientes ribeirinhos de Nova Olinda do Norte que vivem às margens do rio madeira, os pacientes que não conseguem se deslocar até a cidade para atendimentos, são atendidos por meio da equipe da ESFR que realiza as viagens com a Unidade Básica de Saúde Fluvial Dona Antônia (UBSF). A equipe de saúde Nova Liberdade abrange cerca de 1279 pessoas cadastradas, distribuídas em 08 microáreas em um território rural extenso com 13 comunidades rurais. As viagens itinerantes são realizadas para facilitar o acesso da população rural, quando são realizados atendimentos odontológicos e avaliação para identificação de possíveis alterações de frênulo lingual em bebês, crianças e adultos, destacando a importância dessa identificação para possíveis cirurgias futuras.

O projeto atende zona urbana, área indígena, alguns de municípios próximos, e área ribeirinha, levando à população o acesso gratuito e de qualidade às pessoas que não podem pagar pelo procedimento.

Figura 5. Mapa de microáreas da Estratégia Saúde da Família.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Nova Olinda do Norte, 2025.

O impacto na qualidade da vida da população novolindense

As ações de saúde produziram mais de 450 pessoas atendidas, sendo avaliações, diagnósticos e cirurgias realizadas, começamos com 60 bebês de 0 a 3 meses no ano de 2024. Após a ampliação do projeto, em janeiro de 2025, as demandas aumentaram de crianças em fase escolar e adultos, chegando a 280 entre maio e junho. As cirurgias são realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do projeto, pelos encaminhamentos com a parceria de outras Unidades de Saúde e hospital de referência do município.

O município ainda não dispõe de uma maternidade e sim leitos obstétricos no Hospital de referência Dr. Galo Manoel Ibanêz, sendo assim o projeto foi criado para ser realizado e executado na APS após a alta hospitalar desses bebês. Com o projeto funcionando no município, evita-se o deslocamento desses pacientes para a capital Manaus, pois nem todos podem pagar para ir, conseguimos atender esses pacientes com qualidade, sem necessidade de gastos de insumos maiores.

O tema sobre “língua presa” é abordado nas oficinas da gestante em cada UBS através das consultas de pré-natal e nas campanhas de Agosto Dourado que nela incentiva a amamentação e o que a “língua presa” pode impactar negativamente na amamentação, cada dentista é responsável por abordar o tema nessas campanhas.

A importância da Fonoaudiologia na anquiloglossia

O fonoaudiólogo entra em cena para ensinar à criança ou bebê como utilizar sua língua de forma eficaz depois de “solta”. Trinta dias após as cirurgias realizadas, os pacientes são encaminhados para a fonoterapia para as

sessões, quando o fonoaudiólogo vai observar as mudanças que ocorreram no frênulo lingual, as mobilidades linguais, protrusão, lateralização para esquerda e direita, e elevação da língua, é fundamental avaliar todos os pacientes antes e após as cirurgias.

A avaliação fonoaudiológica possibilita identificar precocemente alterações funcionais decorrentes do frênulo lingual encurtado. O fonoaudiólogo analisa aspectos como sucção, pega correta durante a amamentação, movimentação lingual, articulação dos sons da fala, além de funções orofaciais relacionadas. A intervenção precoce é essencial, pois a anquiloglossia pode comprometer não apenas a nutrição e o ganho ponderal nos primeiros meses de vida, mas também gerar distúrbios de fala e deglutição em fases posteriores (Marchesan, 2010).

A Fonoaudiologia no pós-operatório

O Estudo de Douglas (2006) relata que no pós-operatório, a fonoaudiologia é indispensável para estimular a mobilidade lingual recém-adquirida, evitar a formação de aderências cicatriciais, favorecer a reabilitação das funções de sucção, deglutição, mastigação e fala, trabalhar a coordenação entre língua, mandíbula e lábios, garantindo funcionalidade e qualidade de vida. Sem acompanhamento adequado, o paciente corre o risco de apresentar recidiva funcional ou desenvolver padrões compensatórios prejudiciais.

O fonoaudiólogo atua em avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva, orientação às mães quanto à pega correta e manejo da amamentação, intervenção precoce em casos de dificuldade de sucção, reduzindo o risco de desmame precoce. Nessa faixa etária, a abordagem deve ser lúdica, suave e integrada ao ato da amamentação, sempre em parceria com os pais (Moura et al., 2009).

De acordo com a American Academy of Pediatrics (AAP) (2015), a evolução clínica varia conforme a idade, gravidade da anquiloglossia e adesão

à terapia fonoaudiológica, em Neonatos e lactentes, após a frenotomia e terapia adequada, geralmente apresentam melhora imediata na pega, sucção e ganho ponderal de peso, em Crianças em idade pré-escolar, ganham evolução positiva na mastigação e no desenvolvimento da fala, reduzindo compensações articulatórias. Crianças maiores e adultos apresentam melhora significativa da mobilidade lingual e da articulação dos sons da fala, embora possam necessitar de maior tempo terapêutico devido a padrões compensatórios consolidados, sendo assim, a atuação fonoaudiológica garante que os resultados da frenotomia lingual e frenectomia lingual não sejam apenas anatômicos, mas também funcionais.

Considerações Finais

O projeto vem crescendo e se desenvolvendo cada dia mais no município, com alta demanda em várias faixas etárias, podemos hoje identificar e diagnosticar precocemente recém-nascidos e realizar as cirurgias sem malefícios futuros, em crianças e adultos, a melhora da qualidade de vida. O projeto está sendo inovador e relevante para a população Novolindense.

As cirurgias de frenotomia e frenectomia lingual reduzem a dor da mãe no aleitamento materno, melhorando a amamentação e deglutição da criança, promove uma importante medida preventiva para evitar intercorrências futuras devido às disfunções da língua, destacando a importância de garantir mediante um bom acolhimento. A confiança entre usuário e profissional são importantes para um cuidado integral.

A participação dos pais é de suma importância do início ao fim do tratamento, principalmente em pacientes em fase escolar, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O princípio do artigo 196 da constituição federal diz que: *A saúde é um direito de todos e*

um dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1998, p. 104 – grifo nosso).

Referências

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. *Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministerio da Saúde. (2018). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
- Brito, S.F., Marchesan, I.Q., Bosco, C.M., Carrilho, A.C.A., & Rehder, M.I. (2008). Frênulo lingual: classificação e conduta segundo ótica fonoaudiológica, odontológica e otorrinolaringológica. *Rev CEFAC*. 10:343-51.
- Geddes, D. T., Langton, D. B., Gollow, I., Jacobs, L. A., Hartmann, P. E., & Simmer, K. (2008). Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*, 122(1), e188–e194.
- Heck, E., Loebens, F., & Carvalho, P. D. (2005). Amazônia Indígena: conquistas e desafios. *Estudos Avançados* 19 (53).
- IBGE. (2025). Município: Nova Olinda (AM). In: Brasília: IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/nova-olinda-do-norte/historico>
- Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 100(4), F344–F348. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>
- Marchesan, I.Q. et al. (2014). Frênulo da Língua – Controvérsias e Evidências. In: *Tratado das especialidades em fonoaudiologia*. São Paulo: Roca. p.283-301. Cap. 33.
- Martinelli, R.L.C., Marchesan, I.Q., & Berretin-Felix, G. (2013). Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. *Rev. CEFAC*.15(3):599-610.

- Moura, L. T. L., Tolentino, G. M., Costa, T. L. da S., & Aline, A.. (2009). Atuação fonoaudiológica na estimulação precoce da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo. *Revista CEFAC*, 11, 448–456. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000700021>
- Norma Suely Falcão de Oliveira Melo, Antonio Adilson Soares de Lima, Ângela Fernandes, & Regina Paula Guimarães V. Cavalcanti da Silva. (2012). Anquiloglossia: relato de caso. *RSBO*, 8(1), 102–7. <https://doi.org/10.21726/rsbo.v8i1.1046>
- O’Shea, J. E., Foster, J. P., O’Donnell, C. P., Breathnach, D., Jacobs, S. E., Todd, D. A., & Davis, P. G. (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011065. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011065.pub2>
- Packham, E. A., & Brook, J. D. (2003). T-box genes in human disorders. *Human molecular genetics*, 12 Spec No 1, R37–R44. <https://doi.org/10.1093/hmg/ddg077>
- Peixoto, A. T., Santos, A. H. P., & Pereira, T. de O. (2025). *Um novo olhar sobre Nova Olinda do Norte*. 1. ed. Nova Olinda do Norte, UICLAP. 161 p.
- Pompéia, L. E., Ilinsky, R. S., Ortolani, C. L. F., & Faltin, K.. (2017). A influência da anquiloglossia no crescimento e desenvolvimento do sistema estomatognático. *Revista Paulista De Pediatria*, 35(2), 216–221. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00016>
- Segal, L. M., Stephenson, R., Dawes, M., & Feldman, P. (2007). Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 53(6), 1027–1033.
- Soares, D.R.F; Ferrari, L.M.; & Faria, M.D. (2012). Anguiloglossia em bebês: relato de casos clínicos. *Rev Funec Cient Multidisc*. 1:1-13.
- Thomas, J., Bunik, M., Holmes, A., Keels, M. A., Poindexter, B., Meyer, A., Gilliland, A., section on breastfeeding, section on oral health, council on quality improvement and patient safety, committee on fetus & newborn, & section on otolaryngology-head and neck surgery (2024). Identification and Management of Ankyloglossia and Its Effect on Breastfeeding in Infants: Clinical Report. *Pediatrics*, 154(2), e2024067605. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-067605>
- Varadan, M., Chopra, A., Sanghavi, A. D., Sivaraman, K., & Gupta, K. (2019). Etiology and clinical recommendations to manage the complications following lingual frenectomy: A critical review. *Journal of stomatology, oral and maxillofacial surgery*, 120(6), 549–553. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.06.003> Procopio, I.M.S.; Costa, V.P.P.; & Lia, E.M. **Frenotomia lingual em lactentes**. RFO UPF. 2017;22(1):114-9.
- Veyssiere, A., Kun-Darbois, J. D., Paulus, C., Chatellier, A., Caillot, A., & Bénateau, H. (2015). Diagnostic et prise en charge de l’ankyloglossie chez le jeune enfant [Diagnosis and management of ankyloglossia in young children]. *Revue de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie orale*, 116(4), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.revsto.2015.06.003>
- Xavier, M.M.A.P.C. (2014). *Anquiloglossia em pacientes pediátricos*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária.

Parintins no combate à obesidade mórbida: cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no SUS

Raí da Silva Cardoso

Aurea Raimunda Almeida de Figueiredo Vieira

Juliana Neves Ribeiro

Sabrina Cruz Azevedo

Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

William Pereira Santos

Introdução

A obesidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) da atualidade, apresentando caráter multifatorial, com impacto significativo na qualidade de vida e na mortalidade da população. Estima-se que, globalmente, mais de 1 bilhão de pessoas vivam com obesidade, sendo 650 milhões de adultos, 340 milhões de adolescentes e 39 milhões de crianças (WHO, 2022).

No Brasil, os dados seguem a mesma tendência de crescimento. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que 25,9% da população adulta está obesa, com prevalência maior em mulheres e em pessoas com menor nível de escolaridade e renda (Brasil, 2020). Em relação à região Norte, Gonçalves e Prince (2023) destacam que, embora haja menor número de internações por obesidade grave, a incidência de óbitos por complicações associadas é superior à observada na região Sul. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias

voltadas à prevenção e à intervenção na obesidade, com o objetivo de reduzir internações e os custos para os sistemas público e privado de saúde.

No estado do Amazonas, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAM) do Ministério da Saúde (2019), 6,1% das crianças menores de 5 anos estão obesas, entre os adolescentes essa prevalência é de 6,4%. Manaus tem 23,4% da população adulta acima do peso. Neste mesmo estudo é possível chamar atenção para um crescimento da obesidade de 2006 a 2019 de 4,5% ao ano (Siqueira, 2021). Dessa forma, olhar para este problema torna-se imprescindível, uma vez que a partir da obesidade uma série de doenças pode ser desencadeada, impactando significativamente na qualidade de vida das pessoas.

Diante desse cenário, este estudo tem como foco o município de Parintins, localizado na região do Baixo Rio Amazonas, estado do Amazonas. De acordo com Siqueira (2021), Parintins integra, juntamente com outros oito municípios - Manaus, Tabatinga, Itacoatiara, Manacapuru, Tefé, Humaitá, Lábrea e Carauari -, o grupo de polos de saúde do estado. Esses municípios concentram serviços assistenciais e atendem demandas regionais, ao mesmo tempo em que enfrentam importantes agravos de saúde pública, entre eles a obesidade grave.

A estratégia terapêutica da cirurgia bariátrica se consolidou como um recurso eficaz para pacientes com obesidade mórbida, especialmente quando o tratamento clínico não gera mais resultados satisfatórios. Assim, os procedimentos minimamente invasivos, como a videolaparoscopia e a cirurgia robótica, têm se destacado por apresentarem taxas mais baixas de complicações, dessa maneira apresentando recuperação mais ágil com menor período de internação em comparação as cirurgias tradicionais nas palavras de (Lino et al., 2024).

No Brasil, o procedimento passou a ser oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano 2000, com a ampliação da técnica videolaparoscópica implantada em 2017 (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2017). O aumento da realização de cirurgias bariátricas possibilita às pessoas uma redução significativa do peso corporal, além de promover a remissão de comorbidades, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias. Ademais, a

intervenção impacta positivamente a autoestima e a qualidade de vida, apontando para a satisfação dos pacientes, a percepção da imagem corporal e a saúde mental apresentam melhora significativa após a cirurgia bariátrica (Kolotkin et al., 2017).

Embora o município de Parintins ainda enfrente desafios na busca por soluções para minimizar os impactos da obesidade mórbida, destaca-se pela inclusão da cirurgia bariátrica em suas Jornadas de Saúde, ofertadas pelo SUS. As ações realizadas no Hospital Regional Dr. Jofre de Matos Cohen representam esse esforço com a oferta do serviço à população. A iniciativa reduz filas de espera e oferece novas perspectivas para as pessoas que convivem com a obesidade, que, em razão dessa patologia, apresentam comprometimento de saúde.

O manuscrito foi desenhado como ensaio teórico e empírico, sendo que, de uma parte, foi embasado na revisão seletiva da literatura disponível ao longo da última década e na análise documental. Ao mesmo tempo, o manuscrito foi corroborado pelo cotidiano de trabalho dos autores, que têm inserção nos debates sobre gestão do trabalho em saúde, organização do cuidado e políticas públicas no âmbito do SUS. A dinâmica de debates entre os autores foi proposta como dispositivo relevante para fortalecer o registro da experiência apresentada neste capítulo. Interessa tornar visível o trabalho multiprofissional e interdisciplinar realizado em Parintins, no intuito de qualificar e adensar as práticas de cuidado em saúde.

Este capítulo tem como objetivo descrever o processo de organização, execução e resultados das Jornadas de Cirurgia Bariátrica em Parintins, evidenciando o impacto clínico e social para as pessoas contempladas com o serviço, além de discutir desafios e perspectivas futuras do cuidado à população.

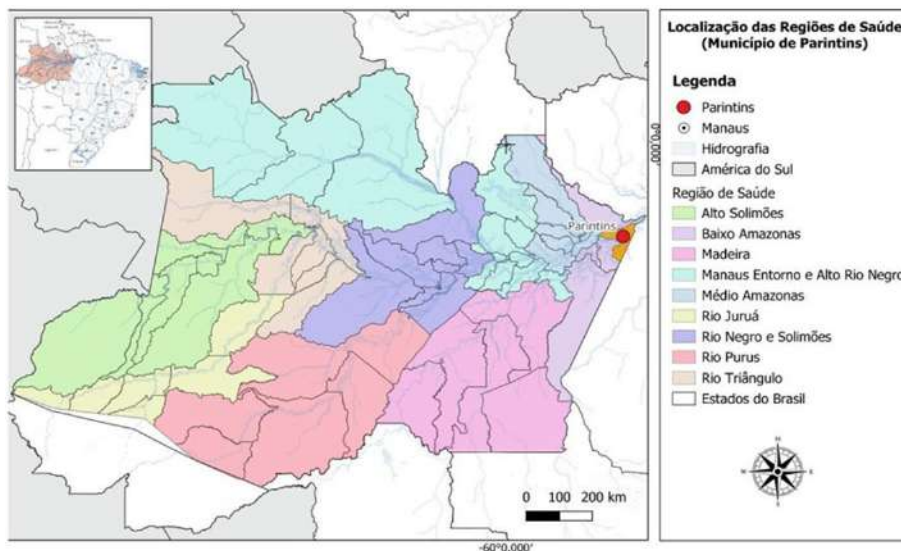
O município de Parintins, Amazonas

A cidade de Parintins é um município situado a 340 km da capital do estado do Amazonas, Manaus, na região norte do país (Figura 1). Considerando

a geografia local, o município apresenta desafios de acesso e adesão aos serviços saúde, como, por exemplo, os serviços especializados. O município, por ser uma ilha, depende exclusivamente de transportes fluvial e aéreo. O tempo, portanto, é influenciado pelas escolhas de transporte e condições geográficas, se os rios, por exemplo, estão sob influência de épocas de várzea ou cheias. O desafio, nesse caso, é ressaltar que as ações em saúde devem adaptar suas tecnologias às condições de vida e ao contexto territorial (Santos, 2024).

Segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), Parintins possui aproximadamente 96.372 habitantes e um PIB per capita anual de R\$ 12.255,21. No entanto, esse indicador não reflete diretamente a renda efetivamente recebida pela população, uma vez que a riqueza não é distribuída de forma igualitária. Ainda assim, a renda constitui um fator relevante para a adoção de um estilo de vida saudável, influenciando, entre outros aspectos, o acesso a uma alimentação adequada e de qualidade.

Figura 1. Localização geográfica de Parintins, Amazonas.



Fonte: Santos, 2024. Nota: Mapa elaborado por Lupuna Corrêa de Souza, 2004.

Dessa maneira, a renda, conforme Cacao et al. (2024), possui relação direta com a qualidade de vida dos indivíduos, afirmando que uma dieta de menor qualidade está associada a maiores índices de sobrepeso e obesidade. Dessa forma, Parintins convive com um alto índice de pessoas que, atualmente, pertencem a grupos que convivem com comorbidades como: diabetes; hipertensão e obesidade mórbida.

Nesse contexto, destaca-se a importância da implementação de políticas públicas capazes de atender às demandas da população. Em Parintins, a gestão municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), é responsável pela execução das ações do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A oferta de cuidados e atendimentos no próprio município contribui para ampliar o acesso da população parintinense aos serviços de saúde, assegurando, nesse caso, o acesso a serviços especializados, sem a necessidade de deslocamento para a capital do estado.

Em Parintins, o serviço integrado das áreas de Gestão, Assistência e Vigilância em Saúde tem permitido que sejam ofertados no município serviços de atenção primária, especializada, ambulatorial e hospitalar, com ações estratégicas e programas organizados por fase do ciclo de vida, de forma transversal. Essa organização possibilita à população o acesso a serviços de saúde com maior agilidade e qualidade.

As jornadas de cirurgia em Parintins

Desde 2023, Parintins disponibiliza em seu planejamento de saúde as jornadas cirúrgicas de colecistectomia e bariátrica por videolaparoscopia, ofertadas pelo SUS por meio de mutirões realizados no Hospital Municipal Jofre Cohen. O objetivo dessa ação é reduzir o número de pessoas que enfrentam filas de espera e, ao mesmo tempo, diminuir o contingente de indivíduos que convivem com obesidade mórbida, contribuindo para a

redução do impacto dessa condição na qualidade de vida da população. A obesidade mórbida ocasiona impactos negativos na saúde, com aumento de doenças crônicas, problemas osteoarticulares e agravos à saúde mental, além de provocar sobrecarga nos atendimentos do SUS, gerando custos elevados e ampliando as filas de espera.

A organização das cirurgias ocorre desde as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde os usuárias do SUS passam por uma etapa inicial de triagem. A partir da análise do Índice de Massa Corporal (IMC), são encaminhadas para o atendimento especializado, que inclui consultas com endocrinologista, cardiologista e ortopedista, nas quais são empregadas estratégias convencionais para a perda de peso, como aconselhamento nutricional, reeducação alimentar e prática de atividade física.

Quando essas estratégias não se mostram eficazes, ou são consideradas insuficientes pela equipe multiprofissional no processo de redução de peso, há indicativo para a cirurgia bariátrica. Nesses casos, as pessoas usuárias são encaminhadas ao ambulatório para a realização de exames pré-operatórios, organizados pela Secretaria Municipal de Saúde, passando a integrar uma fila de espera, que é reduzida a partir da realização das jornadas cirúrgicas, promovidas mensalmente pela prefeitura municipal, no formato de cirurgias eletivas. Nessas ocasiões, profissionais da capital do estado do Amazonas deslocam-se até Parintins e se unem às equipes locais para a realização das cirurgias bariátricas por videolaparoscopia, destinadas às pessoas usuárias com exames atualizados e condições clínicas estáveis, previamente submetidas a nova triagem.

Figura 2. Realização de bariátrica por videolaparoscopia. Hospital Municipal Jofre Cohen, Parintins, Amazonas.



Fonte: os autores, 2025.

A Figura 2 evidencia o momento em que a equipe envolvida no procedimento cirúrgico realiza uma cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, durante a Jornada Cirúrgica executada no ano de 2024, no Hospital Municipal Jofre Cohen, em Parintins.

Com o apoio da gestão municipal, Parintins foi pioneira no planejamento e na execução de estratégias que resultaram na melhoria da infraestrutura da rede municipal de saúde, possibilitando a oferta de serviços mais ágeis e de qualidade aos seus usuários. A seleção dos pacientes ocorre por meio de cirurgias eletivas, seguindo protocolos e critérios clínicos específicos, o que permite priorizar os casos mais graves e que demandam maior atenção.

Cabe destacar que as cirurgias bariátricas realizadas durante os mutirões de cirurgias eletivas são de alta complexidade e, por esse

motivo, a gestão municipal optou pela realização do procedimento por videolaparoscopia, que, conforme ressaltam Lino et al. (2024), consiste em uma técnica minimamente invasiva na cirurgia bariátrica, reduzindo as chances de complicações e o tempo de internação. Isso resulta em menor gasto para o poder público, possibilitando que esses recursos sejam revertidos para outros procedimentos de saúde.

A SEMSA realizou, nos dias 22 a 24 do mês de agosto de 2025, vinte (20) colecistectomias e duas (02) cirurgias bariátricas, todas por videolaparoscopia, fortalecendo as ações do município voltadas à melhoria da saúde da população. Dessa forma, as jornadas cirúrgicas mostram-se indispensáveis para a redução do tempo de espera nas filas, uma vez que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes.

Por conseguinte, as cirurgias bariátricas realizadas no município de Parintins, por meio da videolaparoscopia, têm sido essenciais no combate à obesidade mórbida e às complicações causadas por esse problema de saúde pública, que é uma realidade do município, mas que vem sendo tratada com responsabilidade pelos setores competentes, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que necessitam desse serviço.

As ações realizadas desde a Atenção Básica até a Atenção Especializada demonstram o empenho das equipes multidisciplinares e, também, da gestão municipal em responder às necessidades em saúde observadas no município. Há um esforço, nessa linha de cuidado, em implantar na gestão do cuidado as tecnologias em saúde. Conforme Merhy (2002), as tecnologias duras, no caso apresentado, podem ser entendidas como os instrumentos, equipamentos e procedimentos técnicos utilizados para intervenção clínica e cirúrgica. Já as tecnologias leves, isto é, as relacionais, podem ser compreendidas como as interações, vínculos e estratégias de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, promovendo cuidado, acolhimento e adesão aos cuidados. As diferentes tecnologias se complementam, contribuindo para o fortalecimento dos princípios do SUS na micropolítica do trabalho.

Considerações Finais

A secretaria de saúde de Parintins fortalece sua gestão participativa por meio do Conselho Municipal de Saúde e do investimento na humanização e acolhimento, na qualificação e ampliação da rede de saúde básica, universalizando o acesso, e na modernização e ampliação dos atendimentos de média complexidade.


A implementação de cirurgias bariátricas por videolaparoscopia em Parintins representa um modelo bem-sucedido de descentralização do acesso a tratamentos especializados no SUS, organizando o serviço localmente. A realização periódica de mutirões tem permitido que pessoas com obesidade mórbida recebam atendimentos adequados, sem a necessidade de deslocamento para a capital do estado, o que é especialmente relevante em um estado com as dimensões e desafios logísticos como o Amazonas.

Além dos benefícios clínicos, essas ações têm promovido melhorias na autoestima e na qualidade de vida das pessoas, evidenciando a importância de políticas públicas que priorizem a saúde da população, considerando suas necessidades e subjetividade. No entanto, é fundamental que essas iniciativas sejam acompanhadas de ações contínuas de promoção à saúde, prevenção da obesidade e educação alimentar, para garantir resultados sustentáveis a longo prazo. Essa iniciativa tem como objetivo chamar a atenção para a multiprofissionalidade e interprofissionalidade em saúde, em que os saberes se expressam a favor do cuidado integral e da promoção da saúde da população.

O modelo adotado por Parintins pode servir de referência para outros municípios do interior do Brasil, demonstrando que, com planejamento, investimento adequado e comprometimento, é possível superar desafios e oferecer à população acesso a tratamentos de saúde de alta complexidade. A continuidade e expansão dessas ações são essenciais para consolidar os avanços alcançados e para enfrentar os desafios futuros relacionados à obesidade mórbida. A colaboração entre gestores, profissionais de saúde e comunidade será crucial para o sucesso dessas iniciativas.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. (2020). Portaria n.º 424, de 19 de março de 2020: Diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade e linha de cuidado da cirurgia bariátrica no SUS. Brasília.
- Gonçalves, A., & Prince, R. (2023). Avanços nas técnicas de cirurgia bariátrica minimamente invasiva: Uma revisão contemporânea sobre resultados clínicos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50(1), e20233451.
- Kolotkin, R. L. et al. (2017). Long-term changes in health-related quality of life following bariatric surgery: A 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Medicine*, 6(11), 101-115.
- Cacau, L. T., Lotufo, P. A., Benseñor, I. M., & Marchioni, D. M. (2024). *Padrões alimentares derivados de três índices de qualidade da dieta e fatores associados: Resultados da linha de base do ELSA-Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/padroes-alimentares-derivados-de-tres-indices-de-qualidade-da-dieta-e-fatores-associados-resultados-da-linha-de-base-do-elsabrazil/19291?id=19291>.
- IBGE. (2023). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística *Censo demográfico 2022: Resultados preliminares*. IBGE. <https://www.ibge.gov.br/censo/>.
- Lino, L. A., Mendes, L. M. C., Gomes, C. V. C., Souza, G. T. de, Moraes, R. S. de, Coelho, M. L., Bernardes, A. M., Abreu, R. A. F. de, Bordignon, T. M., Morais, D. V., Esclavazini Filho, E. B., & Deus Filho, A. L. de. (2024). *Técnicas minimamente invasivas em cirurgia bariátrica: Uma revisão da literatura. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 13(8), e7613846574. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i8.46574>.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Prefeitura Municipal de Parintins. (2025). *Prefeitura de Parintins anuncia jornada de cirurgias bariátricas e de vesícula por videolaparoscopia*. Prefeitura de Parintins. <https://parintins.am.gov.br/?q=277-conteudo-105967-prefeitura-de-parintins-anuncia-jornada-de-cirurgias-bariatricas-e-de-vesicula-por-videolaparoscopia>.
- Santos, W. P. (2024). *Desafios no território líquido durante a COVID-19: Contextos, contrastes e alcances da produção de saúde* (Dissertação de mestrado, Instituto Leônidas & Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz). <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a57e2f30-7b9e-40a7-ba21-880cd3cb73f0/content>.
- Siqueira, S. (2021). *Pesquisa investiga como SUS combate a obesidade no Amazonas*. Universidade Federal do Amazonas. <https://www.ufam.edu.br/ultimas-noticias/2478-pesquisa-investiga-como-sus-combate-a-obesidade-no-amazonas.html>.
- SBCBM. (2017). Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica *Diretrizes e consenso sobre cirurgia metabólica e bariátrica: Indicações e protocolos de segurança*. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.
- WHO. (2022). World Health Organization *Orientações técnicas sobre o manejo cirúrgico da obesidade de classe II e III: Recomendações globais*. World Health Organization.



Fortalecendo a resolutividade na atenção primária à saúde: relato de experiência com pequenos procedimentos em Rio Preto da Eva, AM

**Mônica Rocha Melo Manchesky
Cátia Lana Aquino de Oliveira
Marilena Facundes Fernandes
Caroline Soares Nobre**

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) explicita a importância da construção de uma Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, integral e capaz de organizar a rede assistencial, de modo a fortalecer o desenvolvimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2017). De acordo com Mendes (2015), uma atenção primária resolutiva e integral, atuando como elemento central da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pode ampliar a resolutividade da rede, aumentar sua efetividade, racionalizar custos e promover um cuidado mais abrangente às necessidades da população.

Nesse sentido, a PNAB, atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), prevê a realização de pequenos procedimentos cirúrgicos sob responsabilidade específica dos profissionais médicos nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa diretriz reforça a relevância da APS como porta de entrada preferencial do sistema, ao possibilitar respostas rápidas e qualificadas às demandas mais comuns da comunidade.

Refletir sobre a capacidade de resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) significa reconhecer sua função estratégica na ampliação da resposta da rede de saúde, no aumento da efetividade do cuidado, na otimização dos custos e na oferta de atenção integral às necessidades da população (Mendes, 2015). A Estratégia Saúde da Família (ESF), nesse contexto, destaca-se como modelo capaz de reduzir o uso excessivo e desarticulado da atenção especializada, evitar longas filas de espera, diminuir custos para usuários e para o sistema e, em muitos casos, prevenir desfechos adversos (Mendes, 2012).

Para ampliar e qualificar a atenção ofertada pela ESF, é necessário adotar novas concepções sobre o processo de trabalho, investir no desenvolvimento de competências profissionais e adequar as condições estruturais e operacionais das unidades de saúde. Esses elementos são fundamentais para viabilizar a incorporação de novas práticas diagnósticas e terapêuticas pelas equipes multiprofissionais (Starfiled, 2002).

Entre essas práticas, destacam-se os procedimentos e pequenas cirurgias realizados nas UBS, caracterizados como intervenções de baixo risco, minimamente invasivas e de execução rápida, que correspondem a demandas frequentes da atenção básica (Brasil, 2011). No município de Rio Preto da Eva (Amazonas), por exemplo, observa-se a implementação de pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais conduzidos pela médica da equipe de saúde da família, em resposta direta às necessidades da população.

Entretanto, quando a APS não consegue oferecer resolutividade, o encaminhamento dos usuários para serviços especializados ou hospitalares torna-se inevitável. Esse cenário, comum em regiões mais afastadas, gera barreiras de acesso, acúmulo de filas, deslocamentos longos até as capitais, além de custos adicionais, estresse, frustrações e, muitas vezes, a piora do quadro clínico dos pacientes, evidenciando a desorganização do sistema (Lima et al., 2022).

Diante desse contexto, o presente trabalho busca apresentar uma experiência exitosa na resolução de demandas reprimidas ou acumuladas, demonstrando como a ampliação do acesso e a atuação qualificada da equipe podem contribuir para a resolutividade e para a efetivação do cuidado integral na APS.

Cenário e sujeitos envolvidos

Trata-se de um relato de experiência realizado no município de Rio Preto da Eva, Amazonas, Brasil, que descreve a implementação de pequenos procedimentos cirúrgicos dermatológicos na Unidade Básica de Saúde Dr. Hamilton Cidade, conduzidos pela médica da Estratégia Saúde da Família (ESF) da unidade. Para subsidiar o presente estudo, os dados foram coletados por meio da análise de registros no prontuário eletrônico PEC/SUS e em arquivos físicos disponíveis na unidade, o que possibilitou identificar o número e os tipos de procedimentos realizados.

Figura 1. Mapa do município de Rio Pedro da Eva.



Fonte: <https://mapas.com.br/brasil/amazonas/rio-preto-da-eva>, 2025.

A iniciativa teve início em dezembro de 2024, com a realização dos primeiros procedimentos, conduzidos pela médica e com o apoio da enfermeira e da técnica de enfermagem. Os pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais foram executados com base nas orientações do *Caderno de Atenção Básica nº 30*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), que estabelece protocolos para sua realização nas diversas unidades de saúde. Tais recomendações incluem: sala apropriada para os procedimentos, instrumental cirúrgico mínimo, uso de equipamentos de proteção individual, disponibilização de curativos, processos de esterilização, coleta de material e encaminhamento para estudo histopatológico, quando necessário.

As consultas são originadas da demanda espontânea. Após a anamnese e avaliação clínica da lesão dermatológica, são analisados fatores como comorbidades, alergias e riscos. Em seguida, a médica explica ao paciente a técnica de exérese, o uso de anestesia local, o processo de cicatrização e os cuidados pós-procedimento. O agendamento é feito de acordo com a ordem das consultas, e os pacientes são inseridos em lista de espera. Para maior comodidade, são disponibilizadas três vagas aos sábados, das 8h às 13h (em horário estendido), favorecendo um ambiente mais tranquilo e garantindo um atendimento humanizado e acolhedor durante os procedimentos.

Dias antes do agendamento, a médica da unidade envia mensagem ao paciente para confirmar a presença, informando data, local, horário e demais orientações. No dia marcado, o usuário passa por triagem, recebe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura, realiza o procedimento e, por fim, agenda a consulta de retorno em 20 a 30 dias, para avaliação da cicatrização e alta médica.

A Unidade Básica de Saúde Dr. Hamilton Cidade dispõe de uma sala específica para procedimentos e pequenas cirurgias, equipada com maca, estante, seringas, anestésicos, kits cirúrgicos, bandejas, pinças, tesouras, cuba rim, equipamentos de proteção individual, máquina de esterilização e demais insumos de uso ambulatorial.

Os diagnósticos realizados foram: nevo melanocítico (15), condiloma genital (3), verruga viral (8), fibroma mole (7), dermatofibroma (3), acrocórdons (6), lavagem otológica (3), ceratose seborreica (4), corno cutâneo (3) e dermatose papulosa nigra (4). A seguir, apresentam-se os casos mais prevalentes com registros de “antes e depois”.

Dessa forma, ao lidar adequadamente com determinadas situações na APS, evita-se o desperdício de recursos, otimizando o sistema de referência e contrarreferência e direcionando os casos que realmente necessitam de outros níveis de atenção, como hospitais e especialistas. Ao mesmo tempo, garante-se que os casos que podem ser resolvidos na Atenção básica sejam efetivamente tratados nesse nível de atenção.

Resultados alcançados

Foram realizadas consultas médicas avaliativas com um total de 58 pacientes, dos quais 18 ainda estão em andamento, 27 encontram-se na lista de espera e 13 tiveram o tratamento concluído com alta médica. A análise da resolutividade mostrou que 22,4% dos casos foram totalmente resolvidos na APS, enquanto 53,4% representam a capacidade potencial da unidade quando se consideram também os casos ainda em andamento, evidenciando o impacto positivo do laboratório de pequenos procedimentos na redução da demanda por atenção secundária. Consequentemente, foi possível mensurar uma redução de 53,44% na lista de espera, resultado proporcionado pela atuação da equipe multidisciplinar composta por um médico, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

Entre os procedimentos realizados, os casos mais prevalentes incluíram: nevo melanocítico, verruga viral, fibroma mole, acrocórdons e ceratose seborreica.

Tabela 1. Análise dos diagnósticos. Amazonas, 2025.

Diagnóstico	Frequência	Percentual (%)
Nevo melanocítico	15	26,8
Verruga viral	8	14,3
Fibroma mole	7	12,5
Acrocórdons	6	10,7
Ceratose seborreica	4	7,1
Dermatose papulosa nigra	4	7,1
Condiloma genital	3	5,4
Dermatofibroma	3	5,4
Lavagem otológica	3	5,4
Corno cutâneo	3	5,4
Total	56	100,0

Fonte: Elaboração própria, 2025.

Ao desenvolver uma APS integral, preparada e eficaz no município, observa-se a necessidade de incluir procedimentos de cirurgia ambulatorial nas unidades de saúde, conduzidos por equipes multidisciplinares da ESF.

Figura 2. Principais resultados dos procedimentos ambulatoriais.



Fonte: Elaboração própria, 2025.

Reflexões a partir da prática

A partir das experiências vivenciadas, surgiu a proposta de instituir um laboratório de pequenos procedimentos na APS, configurando-se como um espaço que contribui para aumentar a resolutividade, reduzir encaminhamentos para serviços de atenção secundária e ampliar a acessibilidade aos usuários, diminuindo o tempo de espera.

A realização desses procedimentos cirúrgicos trouxe resultados satisfatórios para a comunidade e para a unidade básica de saúde, oferecendo um atendimento diferenciado, resgatando pacientes faltosos, fidelizando pacientes crônicos e fortalecendo a relação médico-paciente. Observamos ainda que os pacientes agendados demonstravam pontualidade, chegavam cedo, faziam uso adequado de suas medicações e não apresentavam atrasos, faltas ou desistências. Considerando que o acesso adequado aos serviços de saúde contribui para a melhora da autoestima e da qualidade de vida, a redução das barreiras de acesso também evita possíveis complicações decorrentes da demora e da inacessibilidade do sistema.

Os resultados evidenciam a importância da implementação de pequenos procedimentos cirúrgicos na APS como estratégia para aumentar a resolutividade da unidade e reduzir a demanda por atenção secundária. Os resultados demonstram que a organização de fluxos, o suporte de uma equipe multidisciplinar e a disponibilização de recursos adequados permitem atender de forma mais rápida e eficaz a população, promovendo a integralidade e abrangência do cuidado.

A redução da lista de espera, a adoção de medidas estruturais como a inclusão de dias adicionais para atendimento, aumento do número de fichas de demanda espontânea e alocação de profissionais de apoio, contribui significativamente para a melhoria do fluxo de trabalho, para a satisfação dos usuários e para a fidelização dos pacientes. Além do impacto operacional, a

experiência evidenciou benefícios diretos para os usuários, incluindo maior pontualidade, adesão ao tratamento, bem-estar, satisfação e melhora na qualidade de vida, ao mesmo tempo em que encaminhamentos para atenção especializada foram direcionados apenas aos casos realmente necessários.

Por fim, este relato reforça que a implementação de pequenas cirurgias ambulatoriais na APS não apenas fortalece o papel central da Estratégia Saúde da Família, mas também configura uma prática estratégica para tornar o cuidado mais resolutivo, acessível e humanizado, podendo servir de referência para outras unidades e contextos semelhantes.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Caderno de Atenção Primária nº 30: Procedimentos*. Ministério da Saúde. https://www.researchgate.net/publication/338371663_Caderno_de_Atencao_Primaria_no30_-_Procedimentos
- Lima, J. G., Giovannella, L., Bousquat, A., Fausto, M. C. R., & Medina, M. G. (2022). Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e00616190. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mendes, E. V. (2015). *A construção social da atenção primária à saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO/Ministério da Saúde. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>



Conectando vidas com o e-SUS território: um olhar sobre as águas do rio negro

Simone da Silva Lima
Orivaldo Oliveira Melgueiro
Marluce Mineiro Pereira
Gigellis Duque Vilaça

Introdução

Santa Isabel do Rio Negro é um município do interior do Amazonas, localizado na região Norte do país. Pertencente à Região Intermediária de Manaus e Região Imediata de São Gabriel da Cachoeira Localiza-se a 781 quilômetros de barco de Manaus ou 631 km por via aérea pelo Aeroporto de Santa Isabel do Rio Negro. Seu principal meio de acesso é através de barcos e lanchas com viagens que duram em torno de 22h a 34h.

O município possui população estimada em 14.164 habitantes, ocupando um território de aproximadamente 62.803,113 km em extensão territorial, sendo que apenas 3,67 km² correspondem a área urbana (IBGE, 2022). Segundo o Levantamento socioambiental: 80,96% dos Isabelenses se declaram pertencentes a uma etnia indígena, desses, 59,38% declaram pertencer a etnia Baré. Os demais declararam pertencer as etnias Tukano, Baniwa, Pira-Tapuia, Tariano, Desana, Arapasso, Tuyuca, Cubeo e Curipaco, Yanomamis (Dias, 2008).

O município possui Terras Indígenas (TI) reconhecidas e demarcadas pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai). As principais TI na

região são: Terra Indígena Uneiuxi: Compartilhada com o município vizinho de Japurá; Terra Indígena Médio Rio Negro I e Terra Indígena Médio Rio Negro II. O município tem uma proporção significativa de população indígena e é uma região com intensa presença de povos originários. A área do Rio Negro, no geral, conta com muitas TI reconhecidas e processos de demarcação, gerenciados pela Funai (FOIRN, 2021). Ainda possui em seu território 22 aldeias Yanomami e 68 comunidades rurais segundo dados da base local do DSEI Yanomami/2025 e PEC 2025.

A história de origem do município remonta ao século XVII, quando em 1661 ocorre a reativação do povoamento na região do Rio Negro através de expedições ibérico-lusitanas e a fundação da Missão de Nossa Senhora de Conceição de Mariuá (Barcelos). Fica situado a margem direita do Rio Negro, entre São Gabriel da Cachoeira e Barcelos, município a quem pertencia até o seu desmembramento a partir da década de 50, criado através da Lei estadual nº 117 de 29 de dezembro de 1957. Sua sede municipal se dava na comunidade de Ilha Grande, renomeada com a atual nomenclatura (IBGE, 2025).

Em virtude de sua localização geográfica o município enfrenta desafios na oferta do cuidado em saúde, especialmente no atendimento aos serviços especializados. A atenção básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa um elo fundamental entre o cidadão e as políticas públicas. Em regiões ribeirinhas e isoladas, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o principal responsável por garantir esse acesso. Contudo, a logística e a falta de conectividade são desafios constantes.

Neste contexto, a implantação do aplicativo e-SUS Território tornou-se uma solução eficiente para otimizar o trabalho do ACS da zona ribeirinha. A ferramenta permite a coleta e envio de dados diretamente do campo para o sistema e-SUS PEC, agilizando o fluxo de informações e melhorando o planejamento das ações de saúde (Brasil, 2020).

Considerando os aspectos sociodemográficos e geográficos, a secretaria de saúde do município adotou a utilização do aplicativo e-SUS Território, na

rotina dos 35 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Deste modo, objetivamos relatar a experiência do uso e-SUS Território, bem como apresentar o seu impacto no trabalho dos ACS e para as comunidades assistidas.

Histórico de implantação do e-SUS Território

A usabilidade de sistemas informacionais em saúde apresenta grande relevância, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), contexto marcado por crescente digitalização e integração de tecnologias. Essa iniciativa faz parte da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, que visa reestruturar os recursos de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação -TDIC - (Gontijo et al., 2021).

Esse movimento faz parte de um esforço de reestruturar os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no Brasil, resultando na criação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. A operacionalização do SISAB se dá por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica. A Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016, formalizou a criação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ressaltando a necessidade de obter informações integradas sobre as atividades assistenciais desenvolvidas pela Atenção Básica em todo o Brasil (Lima *et al.*, 2025).

O uso de recursos tecnológicos para otimizar e qualificar o serviço é uma realidade em muitas áreas, porém essas mudanças ainda não haviam chegado para os ACS, o que ocorreu partir de 2016, com a disponibilização do e-SUS Território em todo o Brasil. De modo geral, o e-SUS Território tem potencial para facilitar o processo de trabalho dos ACS simplificando a coleta de dados (Brasil, 2022).

Destaca-se que os ACS são profissionais estratégicos na obtenção de dados na APS, sendo a informação um requisito básico e fundamental para

sua atuação. O ACS lida com volume significativo de dados de preenchimento exclusivo, e uma de suas principais queixas é o preenchimento excessivo de formulários. Portanto, a adoção adequada do e-SUS Território é fundamental na otimização do tempo de trabalho além de melhorias na qualidade da informação produzida (Vasconcelos *et al.*, 2021).

Dada a diversidade de contextos de uso, a adoção e a aceitação de TDIC não são uma tarefa fácil. Requer grande esforço e colaboração entre gestores, equipes e instituições educacionais para o sucesso da transformação digital na saúde (Neves *et al.*, 2025).

Desbravando o Rio Negro

O ponto de partida se deu a partir da observação da rotina dos ACS ribeirinhos que outrora utilizavam relatórios e fichas físicas no seu dia a dia e o após a utilização do aplicativo e-SUS Território e suas funcionalidades. Todo processo e implantação foi feito pela coordenação de Planejamento e Coordenação de Sistema dos profissionais de saúde Simone Lima e Orivaldo Melgueiro, que iniciaram o projeto visando fazer um comparativo do antes e depois da utilização do e-SUS Território pelos ACS nas comunidades ribeirinhas, levando em consideração a especificidade da região, onde as comunidades tem acesso somente via fluvial e a conexão de internet era algo inimaginável antes da conexão via satélite ser incorporada no cotidiano dos comunitários.

O aplicativo e-SUS Território foi utilizado em dispositivos móveis, como celulares e tablets Android. O uso do app permitiu que o registro das informações fosse realizado diretamente em campo, durante as visitas domiciliares, sem a necessidade de formulários físicos.

Figura 1. Registro das atividades dos ACS nas comunidades.



Fonte: Acervo dos profissionais de saúde, 2025.

Para garantir o correto manuseio, todos os ACS participaram de uma capacitação prática sobre o uso do aplicativo, abrangendo desde o login inicial, identificação dos territórios e microáreas, até o registro das famílias, indivíduos e visitas. Também foram abordadas as etapas de sincronização dos dados, tanto em modo online — quando há acesso à internet — quanto offline, com posterior envio automático ao servidor do e-SUS PEC em nuvem.

O funcionamento do aplicativo segue uma lógica intuitiva: o ACS abre o app, seleciona sua microárea, realiza a coleta dos dados do cidadão (como cadastro individual, domiciliar e acompanhamento de grupos prioritários) e, ao término da rotina de campo, efetua a sincronização das informações. Em localidades sem conexão contínua, o registro é feito offline, e a transmissão ocorre quando o profissional retorna à sede da comunidade ou em momentos de disponibilidade de internet via Starlink. Essa dinâmica de uso trouxe autonomia aos ACS, permitindo maior agilidade, segurança e precisão na coleta das informações, além de reduzir o retrabalho e o uso de papel. Com

isso, o aplicativo passou a ser não apenas uma ferramenta tecnológica, mas um elo entre a realidade das comunidades ribeirinhas e as equipes da Atenção Básica e da gestão municipal.

Figura 2. Uso e-SUS Território nas comunidades.

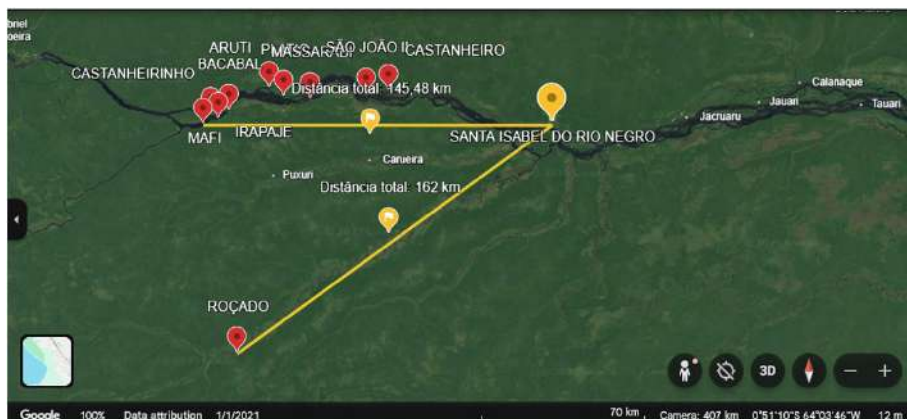


Fonte: Acervo dos profissionais de saúde, 2025.

A observação teve como base a aldeia de Roçado e a aldeia de Mafi, como pilotos na utilização do app. A comunidade de Roçado fica localizada a 162km em linha reta até o município de Santa Isabel do Rio Negro (Google Earth, 2025), ficando a 5 dias de viagem de rabeta, possui uma população de 217 aldeados (Brasil, 2025). A comunidade de Mafi fica localizada a 145,8km de distância em linha reta do rio (Google Earth, 2025), com uma população de 37 aldeados (Brasil, 2025). Tais comunidades receberam a visita técnica dos profissionais na Sala de Processamento de Dados para coletar informações,

fazer entrevista com os comunitários e elaborar um relatório detalhado sobre a melhoria no cotidiano dos usuários.

Figura 3. Localização das aldeias visitadas.



Fonte: Google Earth, 2025.

Resultados e discussão

Antes da utilização do App e-SUS Território havia uma grande dificuldade em integrar as informações devido o sistema e-SUS PEC funcionar em servidor local centralizado na SEMSA, e o aplicativo e-SUS Território limitado a sincronização presencial, eram a grande problemática. Antes da implantação do aplicativo, os ACS realizavam os registros em formulários físicos, precisando entregar mensalmente os lotes, causando atraso no repasse das informações e dificultando o planejamento das ações.

Algumas dificuldades relatadas pelos ACS foram: logística, utilização de formulários físicos, risco de perda de materiais pelas intempéries, falta de capacitação contínua, ausência de visão geral da situação de saúde dos pacientes, entre outros.

O acesso ao município que ocorre via fluvial em canoas rústicas, inviabilizava o repasse das informações em tempo hábil, e com boa qualidade. Com a disponibilidade do Prontuário Eletrônico do Cidadão em nuvem, e a utilização do aplicativo e-SUS território, com acesso e sincronização de forma remota, foi possível notar a melhoria na qualidade das informações e a integração deste profissional a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme relato dos ACS a seguir.

Agora a gente consegue mandar as informações para SEMSA sem precisar sair da comunidade. Antes demorava demais chegar lá, e ainda podia perder tudo se chovesse (ACS 1).

Depois do aplicativo eu consigo enviar minha produção toda noite e não tenho mais medo de perder as informações da comunidade e também consigo visualizar todas as informações dos usuários e passar para equipe de saúde (ACS).

Tais relatos foram de suma importância pois abriram caminho para que outras comunidades também fizessem uso do app e melhorassem o fluxo e envio das informações. Tal processo refletiu indicadores de saúde e nas ações das equipes de saúde, que adentram a comunidade para realizar atendimentos. Com a ferramenta em utilização é possível obter relatórios situacionais e assim elaborar estratégias que norteiam o processo e o fluxo das ações de saúde. Visando melhorar a qualidade de vida dos usuários. Exemplo é a equipe médica e de enfermagem que conseguem saber quantas gestantes a comunidade possui, quantos hipertensos e diabéticos, acamados e domiciliados. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também consegue atuar e a atingir as famílias em vulnerabilidade social e econômica levando ações como o cadastro dos usuários ao CadÚnico do Cidadão e ter acesso aos benefícios sociais. Outras instituições conseguem obter informações que possibilitam o envio de ajuda humanitária.

A mudança do servidor local para o acesso em nuvem permitiu que o ACS pudesse sincronizar os dados coletados pelo aplicativo a partir de

qualquer local com conexão à internet em tempo real. O aplicativo possibilita registros *off line* com sincronização posterior, assegurando que nenhum dado se perca. Assim, mesmo em comunidades com oferta limitada de energia e internet, onde os geradores funcionam apenas à noite, o ACS consegue utilizar a tecnologia e garantir a continuidade do trabalho.

Figura 4. Layout do app e dispositivo móvel.



Fonte: Portal GOV.BR, 2025.

A mudança para o servidor em nuvem também refletiu de forma positiva nos indicadores de produção e cobertura do município. Conforme apresentado na figura 5, o Painel e-SUS APS demonstra a ampliação dos cadastros populacionais, com 10.391 cidadãos registrados, possibilitando melhor planejamento das equipes de Saúde da Família.

Figura 5. Painel e-SUS APS.



Fonte: Ministério da Saúde, 2025.

Por outro lado, na figura 6, observa-se o aumento expressivo da produção registrada no SISAB, em especial no número de visitas domiciliares, que passaram de 10.525 em fevereiro/2025 para 24.388 em junho/2025, além da elevação dos atendimentos individuais, odontológicos e procedimentos. Esses resultados evidenciam que o acesso em nuvem proporcionou maior agilidade no registro, redução de perdas de dados e fortalecimento da capacidade das equipes em acompanhar a realidade da população em tempo real.

Figura 6. Registro da produção no SISAB.

The screenshot shows the SISAB production record interface. At the top, it displays the following information:

- Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS
- Dados sujeitos à alteração
- Descrição dos Filtros Utilizados—
- Competência: JUN/2025, MAI/2025, ABR/2025, MAR/2025, FEV/2025, JAN/2025.
- Estado: AM.
- Município: SANTA ISABEL DO RIO NEGRO.
- Tipo de Produção: Atendimento Individual, Atendimento Odontológico, Procedimento, Visita Domiciliar.

The main part of the interface is a table titled "Relatório de Atendimento/Visita". The table has the following columns: Competência, Atendimento Individual, Atendimento Odontológico, Procedimento, and Visita Domiciliar. The data is as follows:

Competência	Atendimento Individual	Atendimento Odontológico	Procedimento	Visita Domiciliar
202501	754	380	114	0
202502	1.802	141	183	10.525
202503	1.963	399	535	20.182
202504	2.425	947	1.281	22.332
202505	2.647	485	831	22.534
202506	1.777	456	693	24.386

At the bottom of the table, it says "Exibindo de 1 a 6 de 6 registros". There are also navigation buttons for "Anterior" and "Próximo".

Fonte: Portal SISAB/Ministério da Saúde, 2025.

Considerações Finais

O e-SUS Território não só modernizou como também permitiu o aprimoramento do trabalho do ACS, ofertando um atendimento de qualidade aos usuários das regiões mais distantes. A tecnologia, quando aplicada com foco social, transforma realidades. As experiências relatadas diariamente com o uso do aplicativo mostram que é possível trazer o SUS para perto de cada cidadão. Mesmo com poucos recursos, quando se tem compromisso com a população o resultado se reflete em uma assistência de qualidade, proporcionando melhoria de vida para cada usuário assistido.

A implantação do sistema e-SUS PEC em nuvem foi o ponto de virada que permitiu essa transformação. Com essa estrutura, as comunidades passaram a ter voz e presença no sistema de saúde, com dados atualizados


em tempo real, respeitando a realidade local e valorizando a dedicação dos ACS. Por fim, este projeto reforça a importância de investir em soluções tecnológicas que aproximem o SUS do cidadão, com ênfase no cuidado, na equidade e na dignidade. À guisa de conclusão, reforçamos que a tecnologia é uma ferramenta, e não um fim em si mesma. Ela ganha valor apenas quando é integrada ao cuidado humano, reforçando o papel dos profissionais de saúde e das relações interpessoais que constituem o SUS.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. (2025). Prontuário Eletrônico do Cidadão *e-SUS Atenção Primária à Saúde: Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.0* (Versão 5.3). [Recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. <http://aps.saude.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Manual do Sistema de Atenção Básica e-Sus do Ministério da Saúde com Coleta de Dados Simplificada. (CDS). Preliminar, V. (*version 1.3*). http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documents/manual_CDS_ES_1_3_0.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Atualização do aplicativo e-SUS Território está disponível. A nova versão da ferramenta pode ser usada também em smartphones. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/atualizacao-do-aplicativo-e-sus-territorio-esta-disponivel>.
- Dias Vasconcelos, Daniela, Rodrigues Braz, Patrícia, Laerte Gontijo, Tarcísio, Albano de Azevedo Guimarães, Eliete, Conceição de Oliveira, Valéria, Costa Machado Zacharias, Fabiana, Fabríz, Luciana Aparecida, Carvalho Pinto, Ione, & Bezerra Cavalcante, Ricardo. (2021). Application and use of mobile devices in Primary Health Care in Brasil. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 32(4), . Epub February 01, 2022. Retrieved March 07, 2026, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132021000400006&lng=en&tlng=en.
- Dias, C. de J. (org.). (2008). *Santa Isabel do Rio Negro (AM): situação socioambiental de uma cidade ribeirinha no noroeste da Amazônia brasileira* (Levantamento Socioambiental da sede municipal de Santa Isabel do Rio Negro). São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA); Santa Isabel do Rio Negro, AM: ACIMRN; São Gabriel da Cachoeira, AM: FOIRN. 26 p. <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/publications/0ad00518.pdf>.
- FOIRN. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro. (2021). Território. Área de abrangência. Disponível em: <https://firn.foirn.org.br/territorio-ou-area-de-abrangencia/>.
- Gontijo, T. L., Lima, P. K. M., Guimarães, E. A. de A., Oliveira, V. C. de, Quites, H. F. from O., Belo, V. S., & Cavalcante, R. B. B. (2021). Computerization of primary health care: the manager as a change agent. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034->

7167-2018-0855.

- Google Earth. (2025). Distância entre Santa Isabel do Rio Negro e aldeias Roçado e Mafi. In: Google Earth. [S.l.]: Google, [maio, 2025]. https://maps.app.goo.gl/JX2SGhKnrBUoCEcr5?g_st=aw.
- Henrique, F., Bruno, F., Matias, M., Paula, Cabral, K. B., & Laura, A. (2025). Implantação do prontuário eletrônico do cidadão na atenção básica: relato de experiência. *Electronic Journal Collection Health*, 25, e18795–e18795. <https://doi.org/10.25248/reas.e18795.2025>.
- IBGE. (2025). Município: Santa Isabel do Rio Negro (AM). In: IBGE Biblioteca: Santa Isabel do Rio Negro - Detalhes do catálogo. Brasília: IBGE, s/d. <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=31988&view=detalhes>.
- Neves, R. B., Carvalho, D. B. B. F., Guimarães, E. A. de A., Oliveira, V. C. de, Quides, H. F. from O., Cavalcante, R. B., & Gontijo, T. L. (2025). Challenges in the usability of the e-SUS Territory application of the Digital Health Strategy of Brazil. *Health In Debate*, 49(spe1). <https://doi.org/10.1590/2358-28982025e19774p>.
- Senado Federal (2012). Anais do Senado Federal: atas das sessões 9 a 12 da 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura. *Anais do Senado Federal: Subsecretaria de Anais. - 1823-. República - Livro 3*. Brasília. https://www.senado.leg.br/publicacoes/anais/pdf-digitalizado/Anais_Republica/2012/Livro%203.pdf



Vacinação em Silves: quando o rio virou deserto, do banzeiro à estrada de chão

Auricelia Maria Queiroz Assis
Adriane Farias Valentin
Fabiane Dutra Vilaça
Fabiana dos Santos da Silva Assunção
Taís de Brito Viana
Valdinam Terço de Oliveira
William Lira Grana
Cleudedir Siqueira Portela

Introdução

A Coordenação Municipal de Imunização (CMI) é responsável por planejar, coordenar e supervisionar as ações de vacinação no território de Silves, com o propósito de controlar a disseminação de doenças imunopreveníveis, garantir a qualidade dos imunobiológicos, manter estoques adequados e prevenir surtos e epidemias.

O município de Silves, localizado no estado do Amazonas, tem sua sede situada em uma ilha no coração da Amazônia. Possui 11.559 habitantes, segundo o IBGE (2022), e 11.954 usuários cadastrados no SISAB, refletindo a predominância de uma população ribeirinha, integralmente usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

O território municipal é recortado por uma complexa malha hidrográfica formada pelos rios Amazonas, Urubu e Anebá, além de seus afluentes, destacando-se os lagos Canaçarí e Saráca. A rede de Atenção

Primária à Saúde conta com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas com salas de vacinação ativas, das quais três estão situadas na zona rural, apoiadas por seis pontos de apoio fluviais que garantem a cobertura vacinal de 39 comunidades. Em virtude das dimensões geográficas e da natureza hidrodependente do território, o deslocamento das equipes é realizado predominantemente por embarcações, que percorrem extensas áreas de rios, lagos e calhas fluviais.

No ano de 2024, pelo segundo período consecutivo, a região amazônica foi severamente afetada pelos efeitos das mudanças climáticas. A estiagem registrada apresentou níveis inéditos em Silves, comprometendo o acesso das populações ribeirinhas aos serviços de saúde. Já em julho, o que inicialmente parecia uma situação atípica revelou-se como novo padrão climático, resultando no isolamento de grande parte da população e na consequente dificuldade de acesso aos pontos de vacinação. Diante desse cenário, tornou-se necessário implementar estratégias adaptativas que garantissem a continuidade da imunização durante o período de seca. As ações desenvolvidas transformaram-se em um modelo de referência para outras equipes de saúde que enfrentam desafios semelhantes em contextos amazônicos.

O território da imunização em Silves

A vacinação consolidou-se como uma das mais poderosas ferramentas da saúde pública contemporânea, responsável por salvar milhões de vidas ao prevenir doenças transmissíveis. No Brasil, a trajetória da imunização gratuita remonta ao início do século XX, com as primeiras campanhas conduzidas pelo sanitarista Oswaldo Cruz contra a varíola e a febre amarela. A emblemática Revolta da Vacina, ocorrida em 1904 no Rio de Janeiro, ilustra as tensões iniciais entre ciência, política e sociedade (Benchimol, 1990). Apesar da resistência, as campanhas subsequentes garantiram avanços inegáveis,

culminando na erradicação da varíola em 1973 no território nacional, um marco reconhecido mundialmente pela Organização Mundial da Saúde em 1980 (Lemos & Homma, 2019).

Esse percurso histórico ganhou robustez com a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973, que estruturou a oferta universal de vacinas, integrando vigilância epidemiológica, logística de armazenamento e distribuição em um país de dimensões continentais (Domingues & Teixeira, 2013). Posteriormente, a Constituição Federal de 1988 ampliou esse horizonte ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrando a saúde como direito de todos e dever do Estado, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Paim et al., 2008). A vacinação, nesse contexto, tornou-se símbolo da materialização de políticas públicas de caráter universal e democrático.

Ao longo das últimas décadas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumiu protagonismo no alcance territorial do SUS, tornando-se responsável não apenas pela coordenação do cuidado, mas também por assegurar que ações como a vacinação cheguem a lugares historicamente marginalizados (Macinko & Harris, 2015). Em áreas de difícil acesso, como a Amazônia, a imunização é mais que uma ação técnica: representa a presença concreta do Estado e a garantia de cidadania.

É nesse cenário que se insere o município de Silves/AM, localizado em uma ilha no coração da floresta amazônica. Com população de pouco mais de 11 mil habitantes, em sua maioria ribeirinha, Silves depende intensamente do transporte fluvial para acessar serviços básicos (IBGE, 2022). A rede municipal conta com cinco equipes de ESF, das quais três estão situadas em zonas rurais com salas de vacinação, além de pontos de apoio distribuídos em cerca de 39 comunidades (Prefeitura de Silves, 2024). Esse arranjo territorial demonstra a capilaridade e o esforço em garantir que as políticas de saúde cheguem a todos, mesmo em condições geográficas adversas.

Contudo, os efeitos das mudanças climáticas têm imposto desafios inéditos a essa realidade. A estiagem extrema de 2023-2024, Figura 01,

transformou rios em verdadeiros desertos, interrompendo rotas fluviais, isolando comunidades e dificultando o deslocamento de equipes e usuários (Souza et al., 2024). Nesse contexto, a vacinação deixou de ser apenas um ato de prevenção biológica e passou a simbolizar também resiliência e capacidade de adaptação das equipes e da gestão municipal de saúde. Os desafios não se limitam ao acesso físico; eles envolvem logística complexa, como manter a cadeia de frio, planejar deslocamentos alternativos, evitar perdas de imunobiológicos e sustentar a confiança da população diante de condições adversas.

Figura 1. Período de estiagem em 2024.



Fonte: Luana Pinto, 2024.

A experiência premiada no evento “Aqui tem SUS” mostra que a superação desses obstáculos não se deu de forma isolada. Pelo contrário, envolveu articulação entre gestão e equipes locais, criatividade frente à escassez de recursos, e sobretudo, o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde. Ao enfrentar o banzeiro transformado em estrada de chão, o sol escaldante e os riscos ambientais da floresta, profissionais de saúde reafirmaram, na prática, os princípios de universalidade e equidade que estruturam o SUS.

À luz desse percurso, este capítulo se dedicará a relatar as experiências e os desafios de duas Equipes de Saúde da Família (ESF) ribeirinhas: a da UBS da Comunidade Igarapé Açu, no leito do Rio Urubu, e a da UBS da Comunidade Pampulha, localizada no Lago Canaçarí. Nessas localidades, enfermeiras e demais profissionais residem nas comunidades, fortalecendo vínculos, ampliando a continuidade do cuidado e garantindo que, mesmo em meio à seca mais severa já vivida, a vacinação não deixasse de alcançar quem mais precisava. O que se segue é a narrativa dessa luta cotidiana, marcada por inovação, resiliência e compromisso com a vida.

Superando a estiagem e assegurando a vacinação: o protagonismo da gestão

No município de Silves, a gestão da saúde tem sido peça-chave para que a vacinação chegue até as comunidades ribeirinhas durante o período da estiagem. Sabemos que, no Amazonas, os rios são nossas estradas e que, quando eles secam ou ficam de difícil acesso, a locomoção até as comunidades se torna um grande desafio. Nessas condições, os profissionais de saúde precisam percorrer longos trechos a pé, carregar caixas de vacinas sob forte calor e, ao mesmo tempo, manter a conservação adequada dos imunizantes. Essa realidade só é possível de ser enfrentada porque há um planejamento e um apoio constante da gestão municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde, junto com a Prefeitura, tem se mostrado sensível às dificuldades enfrentadas pela equipe. Todos os anos, já prevendo os meses de estiagem, são feitos planejamentos financeiros e logísticos para que os profissionais possam ter as condições necessárias de trabalho. Isso inclui o fornecimento de recursos para deslocamento, combustível, embarcações, além de equipamentos que garantam a segurança no transporte e na conservação das vacinas. Esse olhar atento da gestão

fortalece o compromisso com a população e demonstra que a saúde, mesmo em tempos de seca, continua sendo prioridade.

A estiagem em Silves não traz apenas dificuldades logísticas, mas também impactos financeiros importantes para a gestão municipal. Durante o período da cheia, figura 02, os deslocamentos até as comunidades ribeirinhas são mais diretos e demandam menos recursos. Já na seca, os gastos aumentam de forma significativa, pois muitas vezes é necessário combinar diferentes meios de transporte, percorrer longos trechos a pé e garantir a conservação das vacinas em temperaturas adequadas. Isso exige maior consumo de combustível, manutenção das embarcações, aquisição de equipamentos de refrigeração e até mesmo apoio extra às equipes em campo.

Figura 2. Período de cheia.



Fonte: Luana Pinto, 2025.

Para ilustrar essa diferença, apresentamos abaixo uma comparação entre os custos da cheia e da estiagem, demonstrando como o investimento

da gestão municipal cresce nesse período, mas é essencial para assegurar a continuidade da vacinação:

Tabela 1. Comparativo dos custos em Silves durante a cheia e a estiagem em 2024.

Evento climático	Custo médio de deslocamento	Detalhamento
Cheia	R\$ 131.000,00	Acesso facilitado, menor tempo de trajeto, menos consumo de combustível
Estiagem	R\$ 262.000,00	Deslocamento mais demorado, necessidade de caminhadas, maior gasto com combustível e logística

Fonte: Autores, 2025.

Essa comparação evidencia que, mesmo diante de custos mais elevados, a gestão municipal de Silves tem mantido o compromisso de apoiar as equipes de saúde. O investimento em recursos durante a estiagem demonstra o protagonismo dos gestores na superação das dificuldades e reafirma que a vacinação é prioridade para toda a população ribeirinha.

O protagonismo dos gestores também aparece no incentivo e na valorização das equipes. Reconhecer os esforços dos profissionais e oferecer o suporte necessário tem sido fundamental para que Silves alcance, ano após ano, as metas de cobertura vacinal, mesmo diante das adversidades impostas pela estiagem. Essa parceria entre gestão e trabalhadores da saúde mostra que, quando há união e comprometimento, é possível transformar dificuldades em estratégias e assegurar que toda a população, em todos os ciclos de vida, tenha acesso à vacinação.

A travessia da vacina: desafios e conquistas para a implementação de mudanças

E com muita emoção e gratidão que participo dessa escrita, poder conta um pouco dos desafios e de como a vacinação evoluiu na minha cidade é

extremamente satisfatório. Mostra para o mundo como aos poucos vencemos desafios que só a Amazônia oferece e chegar a índices de vacinação satisfatórios, próximos e até melhores que cidades com estrutura e clima mais favoráveis.

Durante muitos anos o trabalho da vacina era exaustivo, só tínhamos duas equipes que atuavam na zona rural do município, elas faziam viagens esporádicas, normalmente uma vez por mês, não conseguíamos chegar a todas as comunidades porque não tinha como pernoitar com a vacina, era preciso ir e voltar no mesmo dia. E como os ribeirinhos não moram próximos, não tinha como chegar à casa de todos. Íamos em botes sem cobertura, enfrentando o sol e a chuva, banzeiro agitado no rio urubu, quase nos alagamos várias vezes no rio Canaçari e no rio Amazonas. Quando a estiagem chegava andávamos no meio da mata, atolados em lama, por quilômetros com todas as caixas nas costas. Apesar de ser muito difícil, tínhamos a sensação de dever cumprido.

Atualizar a caderneta de vacina era um desafio muito grande, infelizmente as vacinas que precisavam de atenção da primeira infância eram aplicadas atrasadas, como as equipes eram volantes não conseguíamos retornar a tempo, alguns usuários que moram mais próximos as fronteiras do território, procuravam outros municípios como Itacoatiara para fazer a vacinação, o que comprometia a nossa cobertura vacinal.

Em 2019, foram implementadas as primeiras equipes ribeirinhas localizadas nas comunidades, o que aumentou a oferta, porque assim os vacinadores, podiam pernoitar e armazenar temporariamente os imunológicos para vacinar. Os usuários tinham mais acesso, porém se observou que precisava melhorar a qualidade do armazenamento, para não prejudicar a qualidade do imunobiológico. Dessa forma, os vacinadores se reuniram e foram sensibilizar a gestão sobre essa dificuldade, no ano de 2021 geladeiras foram colocadas nos pontos de apoio das equipes, e a vacina já podia ficar armazenada em maior quantidade.

Agora temos a gratificação e o privilégio de repor o estoque toda semana das vacinas, já nos pontos de apoio, onde os nossos usuários podem facilmente ter acesso a esse direito, além disso também podemos facilmente

realizar as campanhas nas comunidades, e cumprir o Calendário Vacinal. Com garra, amor e comprometimento de todos os envolvidos conseguimos hoje melhorar a cobertura vacinal do nosso município. Claro que os desafios continuam, como a falta de energia elétrica, atualmente precisamos pensar em energia alternativa como painel solar, e tem principalmente os que não podemos controlar os impactos, como a estiagem severa. Mas posso dizer que nos sentimos muito orgulhosos de fazer parte da história da vacina em Silves, e uma satisfação estar nessa equipe maravilhosa que com muita dedicação vem conseguindo melhorar a vida da população e alcançar os indicadores de cobertura vacinal. O sentimento é de gratidão a Deus por nos dar saúde para vivenciar esses momentos e a cada colaborador que faz parte desse sucesso.

Entre a lama e o cuidado: o compromisso de uma enfermeira ribeirinha

Trabalhar como enfermeira ribeirinha no município de Silves é mais do que uma profissão, é uma missão. Atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) da comunidade São José do Pampolha há 8 anos, é um local de difícil acesso, distante 50 minutos da sede do município, com 637 pessoas cadastrados a UBS se torna um farol de esperança para as comunidades ribeirinhas. Nossa equipe de saúde é responsável por nove comunidades ribeirinhas, espalhadas por distâncias que podem levar até duas horas de navegação em nossa lancha grande, coberta, confortável e motor de 90Hp.

É um privilégio deslizar pelo rio Canaçari, vendo a sua beleza, sentindo a brisa e apreciando o espetáculo do pôr do sol, especialmente no tempo da cheia que a imensidão do rio nos conduz. O rio se expande, abraçando a floresta e facilitando a navegação. No entanto, a beleza do rio esconde os desafios da seca. Um cenário de cheia, que facilita o acesso e a vida, se transforma drasticamente. O que era água vira terra, lama e folhas secas, e a nossa lancha precisa ser

substituída por outros meios de transporte. A seca isola comunidades, privando-as de acesso à água, um problema mesmo sabendo que as famílias dependem diretamente da água do rio. O que antes era água se transforma em solo e a canoa dá lugar a longas e exaustivas caminhadas. Mesmo com as dificuldades, a continuidade do atendimento é nossa prioridade.

Cuidamos daquela população garantindo que o acompanhamento essencial não seja interrompido. Mais do que tratar doenças, nosso papel é educar e prevenir, reforçando a importância dos cuidados contínuos em um ambiente de isolamento geográfico. Cada visita, cada consulta e cada vacina aplicada representam a superação de barreiras naturais. A nossa equipe se adapta, encontrando alternativas para garantir que a distância e a seca do rio não sejam um obstáculo para a saúde da população. Continuamos firmes, levando cuidado e esperança a uma área que, apesar de isolada, é rica em força e união.

Apesar das dificuldades, nosso compromisso com a assistência não diminuiu. A seca de 2023 e 2024 nos impôs o maior desafio. Fomos notificados sobre a necessidade de uma campanha de vacinação porta a porta. A meta era alta, diante do cenário seco aterrorizante, entendemos que as voadeiras e rabetas não nos levariam aos ribeirinhos. Nossa resposta foi imediata e inegociável: iríamos a pé. Enfrentando o sol forte e o terreno irregular, caminhamos por onde antes navegávamos. Cada passo no barro e na lama era um lembrete do nosso compromisso. Era um esforço físico e mental intenso, mas a certeza de que estávamos levando proteção a cada família nos impulsionava.

Saíamos cedo, além dos insumos da vacinação, algo na mochila para comer e ao retornarmos no final do dia, a imagem de nossa equipe retornando era um testemunho da nossa missão. Pés sujos, exaustos e, muitas vezes, com cortes e ferimentos causados por espinhos de juquiri (planta espinhosa presente na vazante). Algumas comunidades bem próximas, outras mais distantes há mais de 3h caminhando, cada corte era uma marca de dedicação, as bolhas e os machucados não nos desmotivavam, eles nos lembravam da importância de nosso trabalho e do quanto a saúde das nossas comunidades vale cada sacrifício.

Foi uma experiência sensacional, tanto física quanto mentalmente. Cada passo era um esforço, mas a imagem dos cartões de vacinação sendo atualizados e a certeza de que estávamos protegendo vidas nos dava a força necessária para continuar. Chegar a cada casa e ver a gratidão estampada nos rostos das pessoas era a nossa maior recompensa. Mesmo exaustos, superamos as dificuldades e conseguimos bater a meta. Esse sucesso foi um momento de grande orgulho para toda a equipe. Como enfermeira, senti-me especialmente realizada por termos provado que, com dedicação e trabalho em equipe, podemos superar os maiores obstáculos. A vacina é uma ferramenta de prevenção fundamental, e saber que garantimos essa proteção a uma população tão vulnerável, mesmo em condições tão adversas, reafirma o nosso propósito.

Essa experiência nos ensinou que o cuidado em saúde na Amazônia vai além do conhecimento técnico, exige coragem, resiliência e a disposição de ir aonde ninguém mais pode ir, mesmo que o caminho seja árduo e o rio tenha se transformado em terra. Não nos vemos como heróis, mas sim, como uma equipe que caminha, literalmente, o caminho da saúde.

A seca que muda caminhos: desafios da assistência em tempos de estiagem

Meu nome é Fabiane Dutra Vilaça, sou enfermeira há 8 anos e há 4 estou atuando no município de Silves, na área do Igarapé Açú. Localizada na comunidade ribeirinha do município de Silves, distante 40 minutos da área urbana com traslado somente por via fluvial, ou seja, por barco, canoa, rabeta e lancha. Comunidade esta que tem seus encantos uma natureza avassaladora com afluentes e caminhos como fosse pintados a mão pela perfeição que nos contempla, nesta mesma área passamos por dois momentos á cheia e a estiagem, onde temos desafios diferentes nas mudanças climáticas, porém como e lindo fazer parte deste momento em ver a natureza modificando nosso solo fechando

nossos rios e nos fazendo descobrir o quanto e possível nos reinventar para se adapta nas mudanças da flora e fauna, onde na cheia conseguimos realizar nossas atividades na área sem dificuldade e com acesso fácil para chegarmos, já na estiagem que se inicia no mês de setembro temos que utilizar estratégias para assim continuarmos dando nossa assistência aos nossos usuários da área que também sofrem e nos preocupa o quanto será a seca a cada ano como a situação estava além do esperado, neste período foi observado pela equipe de saúde do Igarapé Açu que a vazante seria intensa com isso nos remeteu a um alerta sobre a seca, onde definimos uma estratégia e desenvolvemos um plano de ação para continuarmos os nossos atendimentos, procedimentos, vacinação, orientação na área mediante a estiagem.

A equipe de saúde juntamente com secretaria de saúde e comunidade tivemos a ideia de utilizarmos um barco de um morador da área onde fica situado no rio urubu com acesso somente por via fluvial onde está localizada a 10 quilômetros da sede do município de silves localizada na zona rural, onde neste barco foi o nosso ponto chave para ali termos acesso entre as comunidades, e neste local levamos nossos materiais da UBS para utilizarmos no barco montamos uma mini estrutura com medicação, vacinação, sala de observação para os técnicos de enfermagem realizarem suas ações junto com os ACS da área em que traziam as demandas até nós e assim conseguimos ir até residência dos pacientes pois muitos deles eram idosos que não conseguiam chegar até o local devido a distância, neste período e desafiador pois nos profissionais ficamos sem segurança, aflitos ansiosos, angustiados por estarmos isolados na área e sem acesso rápido a cidade e sem comunicação de telefone, caminhadas longas, sobe o sol intenso, dias calorosos e noites frias e momentos de temporal que não nos deixava dormir dentro de um barco, onde também sentimos medo do inesperado.

Este ponto de apoio abrangeu seis comunidades próxima ao ponto de apoio que são: São Lázaro (Taperebatuba), Nossa Senhora do Carmo (EVA), Nossa senhora das Graças (Maquara Grande), Nova Esperança (Maquarazinho),

São Pedro (Capivara), São Raimundo (Bacabai). Os moradores destas comunidades sentiam o sentimento de gratidão e de segurança pois sabiam que se precisassem de alguma ajuda em questão de saúde teria um profissional de saúde para lhe dar suporte com isso aproximou muito mais a equipe com os comunitários desta área, pois neste ponto fixo tínhamos os recursos básicos e não deixamos de fazer nossas ações e principalmente a vacina para não perderem o tempo de tomada e isso nos mostrou que todo o trabalho valeu a pena pois nosso indicador continuou batendo a meta.

As ações no barco eram realizadas por dois técnicos de enfermagem que se reversavam em 15/15 dias interruptos pois os mesmos pernoitavam no local sem energia e água potável para realizar os atendimentos e procedimentos aos comunitários daquela região, que ali tinham acesso mais viável e próximo ao barco do que irem à cidade, enfrentando uma distância 40 minutos andando até chegar na canoa com rabeta para e assim continuamos nosso atendimento na área e podendo sanar todas as questões de saúde que tivermos. Buscando uma solução resolutiva no desenvolvimento do processo de trabalho e assim obter resultados em forma de dados assistenciais, dando suporte aos moradores ribeirinhos, buscando um cuidado mais inclusivo, integral e humanizado.

Os desafios enfrentados pela Estratégia Saúde da Família e (ESF) da equipe 009 do Igarapé Açu e Baixa Funda no município de Silves, exigem uma permanente atenção, pois as características geográficas, ambientais, culturais e socioeconômicas da região Amazônica promovem constantes condições adversas impostas pela natureza como a estiagem , com isso, a equipe da saúde 009 tem que se moldar para tentar minimizar os efeitos por eles produzidos, assim também deve ser o propósito da equipe incluir planejamento, ações de saúde e iniciativas que enxerguem e busquem abrandar os danos causados a assistência à saúde dos munícipes neste período . Dessa forma, é de extrema importância para população ribeirinha da região do Rio Urubu, esse trabalho com a parceria entre a saúde e os comunitários, pois através dele foi possível aprimorar o acesso das populações que vivem nas comunidades ribeirinhas, aos

serviços de saúde de forma regular e integral, que busque oferecer a promoção e prevenção de saúde com efetividade. Diante disso, apesar dos avanços alcançados na atenção à saúde das populações ribeirinhas das comunidades do Rio Urubu, ainda há muitos desafios a serem superados para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde nessas comunidades.

Ações durante a estiagem

Para facilitar o acesso da população às vacinas, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona rural tem estrutura para armazenar e ofertar os imunobiológicos das 19 vacinas disponíveis no SUS. Sendo repostos o estoque semanalmente junto com o deslocamento da ESF, considerando o fluxo natural de cheia e vazante, as equipes programam suas rotinas mantendo a oferta constante da vacinação. Temos uma UBS na Comunidade Igarapé Açu localizada no leito do Rio Urubu, uma UBS na Comunidade Livramento, localizada no leito do Rio Anebá e uma UBS na Comunidade Pampulha localizada dentro do Lago Canaçari, as equipes residem na comunidade.

Diante da estiagem severa tanto a equipe quanto a população estavam isoladas, o rio vasto desapareceu, sendo o principal meio de deslocamento da equipe não estava mais disponível. A CMI precisou se adaptar à nova realidade e junto à Defesa Civil do município, decidiram realizar ações coordenadas no período de interstício, visando manter a imunização e não reduzir a área de cobertura. Entre as estratégias adotadas, botes menores substituíram as lanchas, evitando ficarem encalhados no leito dos rios, em algumas localidades canoas dos usuários facilitavam o acesso da equipe. Percebemos que existia um pequeno fluxo fluvial na Comunidade Iguarapé Açu, onde um barco foi usado como ponto de apoio, a equipe ofertava os serviços a partir dele. Quando o rio virou deserto triciclos cedidos pela Defesa Civil locomoveram a vacina e as equipes até os pontos de apoios mais próximos aos usuários.

No enfrentando da condição sazonal extrema, a CMI em Silves teve que implementar ações de vacinação a população ribeirinha isolada, com intuito de promover o acesso a vacina ampliando a cobertura do Calendário Nacional de Vacinação (CNV). Reuniões junto com cada equipe de ESF nortearam as tomadas de decisão na melhor estratégia para cada localidade. Todos optaram por utiliza o conhecimento territorial do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que ficava em comunicação via celular, usando as mídias sociais para identificar as demandas e localizar os usuários, visto que houve um êxodo, devido à estiagem, muitos ribeirinhos migraram para mais próximo à sede do município, ficando em casas de parentes, essa boa comunicação evitou que a equipe levasse imunobiológico e peso desnecessário. Evitando a perda de imunológico, visto que precisamos garantir a qualidade da vacina ofertada. Onde ainda era possível acessar de modo fluvial, foram utilizados botes menores evitando ficar encalhado no leito do rio. Também o uso de um barco foi uma opção para a comunidade Igarapé Açu, visto que a comunidade conseguia acesso a ele por canoa. Para chegar aos ribeirinhos em isolamento total, cronogramas de vacinação itinerante na residência foram utilizados, pelo vacinador junto com o ACS.

A CMI verificou os locais dentro do território em que ainda existia certo fluxo fluvial, e o período e recurso financeiro que seria necessário para chegar as comunidades em botes menores. Montando um cronograma junto as equipes. Onde não era mais possível o acesso fluvial, a opção disponível foram os triciclos disponibilizados pela defesa civil, que levaram as equipes ESF e os imunológicos até o mais próximo aos ribeirinhos. Precisávamos calcular com destreza para que as caminhadas dos vacinadores fossem feitas sobre o menor tempo e risco possível. Durante o período da estiagem se iniciou a campanha Nacional da Influenza, realizada em todo território de setembro a outubro de 2024 coincidiu com o auge da estiagem. Mais de 80% do território de Silves estava em isolamento fluvial.

Para manter a imunização e não reduzir a área de cobertura, a gestão junto as equipes optaram por realizar a vacinação itinerante na residência. Os vacinadores junto com os ACS acostumados ao banzeiro do rio, percorriam por quilômetros o

leito dos rios, agora estrada de chão e poeira. O apoio do ACS de cada equipe foi fundamental porque conhecia o território norteando o deslocamento, e ao contatar previamente via celular os ribeirinhos, verificava quais vacinas cada usuário precisava atualizar na caderneta aproveitando a campanha para os dois fins.

A resposta municipal à estiagem extrema de 2024 combinou reorganização logística, gestão do trabalho e foco territorial, preservando a oferta das 19 vacinas do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) nas 39 comunidades ribeirinhas. Apontamos alguns resultados do trabalho:

Organização e logística da imunização

Entre 2019 e 2021 consolidou-se a presença das equipes ribeirinhas nas comunidades e a instalação de geladeiras em pontos de apoio, permitindo armazenamento temporário seguro e reposição semanal dos imunobiológicos. Em 2024, no auge da estiagem, a CMI adotou botes menores para trechos rasos, triciclos cedidos pela Defesa Civil para trechos terrestres, e um barcoponto de apoio na área do Igarapé Açu, de onde se organizaram atendimentos e saídas domiciliares.

Continuidade do cuidado e alcance territorial

Com >80% do território em isolamento fluvial no período de setembro–outubro/2024, as equipes executaram vacinação itinerante porta a porta, priorizando grupos de risco e evitando perdas por controle de carga térmica e roteiros mais curtos. O ACS atuou como elo crítico: mapeou demandas via contato telefônico/mídias sociais, orientou deslocamentos, atualizou cadernetas e reduziu transporte desnecessário de frascos.

Cadeia de frio e qualidade

A ampliação dos pontos de apoio refrigerados (desde 2021) e o uso de embalagens térmicas adequadas diminuíram o risco de ruptura de cadeia de frio durante caminhadas prolongadas, especialmente quando lanchas e rabetas foram substituídas por percursos terrestres.

Desempenho programático

As equipes atingiram as metas municipais nas ações de 2024 (incluindo a campanha de Influenza realizada no pico da estiagem), com recuperação de esquemas atrasados e atualização de cadernetas na primeira infância. Em áreas de fronteira sanitária, eventuais coberturas >100% refletiram população usuária flutuante e migração sazonal, fato considerado na interpretação programática.

Custos e gestão

O comparativo 2024 evidencia aumento expressivo do custo médio de deslocamento na estiagem (R\$ 262 mil) em relação à cheia (R\$ 131 mil), devido a percursos mais longos, combinação de modais e maior consumo de insumos logísticos — investimento essencial para assegurar a continuidade da vacinação.

Vínculo, segurança e trabalho em equipe

O protagonismo das equipes — inclusive com longas caminhadas em leitos de rios secos — reforçou vínculo comunitário e confiança nos serviços. Persistem

limitações estruturais (energia elétrica intermitente, comunicação precária, riscos físicos do deslocamento), mitigadas por planejamento tático e apoio da gestão.

Para a elaboração do texto foram utilizados como fonte dos dados: registros operacionais da CMI/SEMUSA de Silves; painéis InfoMS/SEIDIGI-DEMÁS (cobertura por residência, por ocorrência e Influenza 2024); Plano Municipal de Saúde 2022–2025.


Considerações Finais e Aprendizados

A experiência de Silves demonstra que arranjos organizacionais adaptativos, ancorados em equipes ribeirinhas residentes, pontos de apoio refrigerados e logística multimodal (botes menores, triciclos e barco-ponto), são capazes de manter e ampliar o acesso à imunização em contextos de estiagem severa e isolamento territorial. A combinação entre planejamento da gestão, protagonismo do ACS e vacinação domiciliar durante o pico da seca permitiu alcançar metas, recuperar esquemas atrasados e proteger grupos vulneráveis sem comprometer a qualidade da cadeia de frio.

Como implicações, recomenda-se institucionalizar um Plano Sazonal de Imunização para o período de seca, contemplando: (i) checklists de cadeia de frio e estoques móveis; (ii) energia solar em pontos remotos; (iii) manutenção preventiva de embarcações/veículos e dotação orçamentária específica para estiagem; (iv) roteirização inteligente com apoio do ACS e comunicação prévia às famílias; (v) monitoramento em tempo quase real via InfoMS/SEIDIGI-DEMÁS para ajuste tático; e (vi) arranjos intersetoriais com Defesa Civil e comunidades. Tais medidas fortalecem a resiliência do SUS na Amazônia e são transferíveis para outros municípios com hidrografia sazonal, consolidando a vacinação como política pública efetiva, mesmo quando “o rio vira estrada de chão”.

Referências

- Benchimol, J. L. (1990). *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3xx3c>
- Domingues, C. M. A. S., & Teixeira, A. M. S. (2013). Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22(1), 9-27. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>
- IBGE. (2022). Censo Demográfico 2022: *população de Silves-AM*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br>
- IBGE. (2022). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Panorama Cidade de Silves*. Recuperado em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/silves/panorama>
- Lemos, D. R. Q., & Homma, A. (2019). História da erradicação da varíola no Brasil: lições para a saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(1), 59-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100004>
- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy — Delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177-2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
- Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA.
- Silves. *Plano Municipal de Saúde do Município de Silves 2022 a 2025*. (2021). Recuperado em: <https://www.silves.am.gov.br/editais/30-08-22-164301-planomuncdesadedesilves2022a2025vigente-.pdf>
- Souza, C. M., Jr., Marengo, J., Ferreira, B., Ribeiro, J., Schirmbeck, L. W., Schirmbeck, J., Hirye, M., Cunha, A., Wiederhecker, H. C., & Latuf, M. O. (2024). Amazon severe drought in 2023 triggered surface water loss. *Environmental Research: Climate*, 3(4), 041002. <https://doi.org/10.1088/2752-5295/ad7c71>
- Termo de Compromisso de Gestão Municipal, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Silves, referente à gestão e gerência de média e alta complexidade em Silves*. (31 de janeiro de 2018). Governo do Estado do Amazonas. Silves, Amazonas.
- Tribunal de Contas da União (TCU). (n.d.). *Quanto a União gastou com Saúde? Despesas com a função saúde*. Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) e IBGE. Brasília, DF. Recuperado de: <https://sites.tcu.gov.br/fatos-fiscais/saude.html#:~:text=A%20Uni%C3%A3o%20aplicou%20R%24%2015,ao%20combate%20da%20covid%2D19>



Tecnologia da informação em saúde frente à estiagem em Tefé (AM): estratégias de monitoramento e ações em resposta

Valcinei Silva Amorim
Cleia da Silva Pinheiro
Gleiciane Araujo Rodrigues
Lecita Marreira de Lima Barros
Robson Costa Pessoa
Eveline Menezes Caçote Barbosa
Flávia Roberta Dias Coelho

*“Aprender com os rios é entender que a vida segue,
mesmo com obstáculos”*

Rubem Alves

*“Senhora vazante. Não castigue mais a terra dos povos das águas. A
seca assolou e feriu nossas almas. Fez praia imensas, banco de areia
no meio do Rio Amazonas”*

Senhora Vazante, Toada Boi Garantido

Em regiões amazônicas, como o Município de Tefé (AM), as comunidades rurais enfrentam desafios singulares relacionados às variações hidrológicas, especialmente durante períodos de vazantes severas, frequentemente intensificados por alterações climáticas extremas. Essas condições impactam diretamente a saúde das populações ribeirinhas, dificultando o acesso a serviços

de atenção primária, aumentando riscos de desnutrição, doenças de veiculação hídrica e agravando vulnerabilidades já existentes.

Nesse contexto, a implementação de tecnologias digitais voltadas à saúde torna-se estratégica. Sistemas informatizados, aplicativos móveis e plataformas de monitoramento remoto podem auxiliar na coleta e análise de dados em tempo real, permitindo que gestores e profissionais de saúde identifiquem rapidamente áreas de maior risco, priorizem recursos e articulem ações preventivas e emergenciais. Ao fornecer informações precisas e oportunas, essas ferramentas contribuem para a tomada de decisão fundamentada e para a efetividade das políticas públicas, mesmo em territórios de difícil acesso e com infraestrutura limitada.

A Tecnologia da Informação em Saúde (TIS) compreende um conjunto de soluções tecnológicas voltadas à coleta, tratamento, armazenamento e disseminação de informações estratégicas para a área da saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o TIS envolve “o desenvolvimento e a utilização de sistemas de informação, tecnologias digitais e infraestrutura de comunicação para apoiar a gestão, a atenção e a pesquisa em saúde” (Brasil, 2022, p. 14). Dessa forma, sua implementação visa ampliar a qualidade da informação disponível, reduzir desigualdades de acesso e subsidiar a tomada de decisão em diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) estabelece diretrizes para a implementação e uso de tecnologias de informação em saúde em todo o território nacional, buscando assegurar universalidade, equidade e integração dos sistemas de informação entre os níveis municipal, estadual e federal. Embora não mencione municípios específicos, a PNIIS orienta que as soluções de TIS considerem as necessidades regionais, apoiando a gestão e a atenção à saúde em localidades com desafios logísticos e estruturais (Brasil, 2021).

Em áreas remotas, a TIS assume papel ainda mais estratégico, permitindo superar barreiras geográficas e logísticas que historicamente dificultam a vigilância epidemiológica e a gestão dos serviços. Municípios

amazônicos, como Tefé, exemplificam tais desafios, enfrentando grandes distâncias, transporte predominantemente fluvial e limitações de conectividade digital. Nesses contextos, sistemas informatizados e ferramentas de gestão da informação são fundamentais para garantir que os dados sejam coletados e compartilhados em tempo oportuno, apoiando tanto o planejamento quanto respostas rápidas em situações críticas (Santos & Lima, 2021).

A adesão às tecnologias em saúde ainda é um desafio, exigindo capacitação profissional e integração ao cuidado e registro das atividades. A TIS, quando articulada às redes de atenção, favorece rastreabilidade de casos e continuidade do cuidado. Softwares de gestão, bancos de dados epidemiológicos e planilhas eletrônicas ampliam a organização e a efetividade dos serviços, especialmente em comunidades dispersas (Mendes, Silva, & Rodrigues, 2020).

Assim, a TIS, alinhada às diretrizes da PNIIS, não apenas aprimora a gestão da informação, mas também contribui para a equidade e o fortalecimento das políticas públicas de saúde. Ao fornecer bases mais consistentes para a tomada de decisão, especialmente em áreas remotas da Amazônia durante períodos críticos como as vazantes severas, constitui-se em recurso indispensável para a consolidação da saúde digital e para a efetividade do SUS em todo o território nacional.

Nos últimos anos, o estado do Amazonas, principalmente o município de Tefé, vem enfrentando eventos climáticos extremos que têm se configurado como verdadeiros desastres naturais, com repercussões diretas na vida das populações ribeirinhas e rurais. Em 2023, os meios de comunicação divulgaram uma das maiores e mais longas estiagens já documentadas na região, caracterizada por níveis históricos de seca, mortandade significativa de peixes e botos, além da drástica alteração do ecossistema aquático e do modo de vida tradicional. Onde o nível do rio diminuiu cerca de 14 metros de profundidade de julho a outubro, durante a seca (Zumak, Fassoni-Andrade & Pereira, 2025). Esse episódio não apenas

evidenciou a vulnerabilidade ambiental da região amazônica, mas também trouxe à tona a necessidade de estratégias de resposta mais estruturadas por parte do sistema de saúde.

Em 2024, o estado do Amazonas, em especial o município de Tefé, voltou a enfrentar uma estiagem de grandes proporções, especialmente entre os meses de setembro e dezembro. Nesse período, a redução do nível dos rios comprometeu significativamente o acesso às comunidades mais isoladas, intensificando a dificuldade pré-existente de deslocamento de equipes de saúde, de abastecimento de insumos e de comunicação com os moradores. Como consequência, observou-se um aumento expressivo da demanda por atenção em saúde, sobretudo em relação a condições clínicas agravadas pelo isolamento e pela escassez de recursos básicos.

Recentes eventos climáticos extremos no Amazonas, como a estiagem histórica de 2023 em Tefé, evidenciaram a vulnerabilidade ambiental da região e a necessidade de estratégias estruturadas de resposta do sistema de saúde (Zumak, Fassoni-Andrade, & Pereira, 2025). O nível do rio Tefé diminuiu cerca de 14 metros entre julho e outubro, provocando impactos socioambientais significativos, como mortalidade de peixes e botos e alterações no modo de vida tradicional. Situações similares se repetiram em 2024, comprometendo o acesso a comunidades isoladas e aumentando a demanda por atenção em saúde.

Diante desse cenário, a Secretaria Municipal de Saúde de Tefé adotou estratégias inovadoras, como a implementação de formulários digitais no *Google Forms* para coleta de dados sobre sinais e sintomas, grupos de risco e condições gerais de saúde. As informações eram consolidadas em bancos de dados e integradas a painéis analíticos no Excel, permitindo monitoramento em tempo real e comunicação eficiente entre equipes técnicas de Vigilância em Saúde e Atenção Primária.

Portanto, o objetivo geral desse artigo é relatar o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de Tecnologia de Informação em

Saúde para monitoramento capaz de fornecer dados em tempo real sobre a situação de saúde das comunidades afetadas pela estiagem em Tefé - AM. Sendo os objetivos específicos: discutir sobre a implantação de um sistema digital acessível e automatizado para coleta, análise e visualização de dados, facilitando o monitoramento epidemiológico e a tomada de decisões da Gestão; monitorar a saúde das comunidades afetadas pela estiagem, identificando precocemente sinais e sintomas de agravos, grupos de risco e territórios vulneráveis direcionando recursos; fortalecer o uso de TIS, melhorando o fluxo de informações entre equipes de campo e gestores.

Nos caminhos desse rio
Muita história pra contar
Navegar nessa canoa
É ter o mundo pra se entranhar.
Caminhos de Rio - Raízes Caboclas (1992).

Assim como os caminhos percorridos pelo rio que encontram os seus moradores que é descrito pelo grupo Raízes Caboclas (1992), retratamos que esse percurso do texto é um relato de experiência que possui caráter descritivo e quantitativo, abordando o desenvolvimento e implementação de uma ferramenta de TIS voltada ao monitoramento em tempo real da saúde de comunidades rurais e ribeirinhas afetadas pela estiagem em Tefé (AM), entre setembro e dezembro de 2024, abrangendo 128 comunidades.

O local da coleta foi no município de Tefé, localiza-se à margem esquerda do Lago de Tefé, formado pelo alargamento do rio Tefé próximo a sua foz, sendo este um dos afluentes do Rio Solimões, na região Médio Solimões, figura 1; está localizado a aproximadamente 523 km em linha reta de Manaus, 631 km por via fluvial (cerca de 36 horas de barco recreio ou 12 horas de lancha) e a cerca de 200 milhas por via aérea (aproximadamente 1 hora) (IBGE, 2022).

Figura 1. Foto aérea do Município de Tefé.



Fonte: prefeitura de Tefé, 2023.

Tefé pertencente à Mesorregião do Centro Amazonense, possui uma população estimada em 73.669 habitantes, distribuída em uma área territorial de 23.704 km², resultando em uma densidade demográfica de 3,11 hab./km² (IBGE 2022), sendo o 8º município mais populoso do estado. A área territorial limita-se com os municípios de Coari, Tapauá, Alvarães, Carauari e Maraã. O clima predominante é tropical chuvoso e úmido, com uma temperatura média de 29° C, variando da máxima de 37° C para a mínima de 25°.

A operacionalização da pesquisa envolveu a participação direta de cinco equipes rurais e ribeirinhas, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, técnicos em saúde bucal e fisioterapeutas. As equipes foram distribuídas conforme a abrangência territorial:

- Área 10: 30 comunidades/localidades;
- Área 11: 22 comunidades/localidades, incluindo o distrito de Caiambé, o mais populoso;
- Área 14: 18 comunidades/localidades;
- Área 19: 25 comunidades/localidades;
- Área 21: 33 comunidades/localidades.

Foi elaborado um questionário estruturado, construído no *Google Forms* (conta gratuita), instrumento que possibilitou agilidade, padronização e registros imediatos das respostas. O questionário contemplava variáveis sociodemográficos e clínicos - como faixa etária, sexo, grupos de risco, sinais e sintomas-, permitindo a realização da análise estatística da população afetada.

O registro e processamento dos dados foram conduzidos diariamente. As respostas coletadas no *Google Forms* eram integradas ao *Power Query*, garantindo consistência e automação das planilhas. Em seguida, foi desenvolvido um painel analítico no *Excel 2019*, com tabelas e gráficos dinâmicos, que permitiram a visualização interativa dos resultados. O painel contemplava indicadores essenciais, como: total de registros coletados; evolução temporal do número de casos ao longo das semanas; distribuição por sexo, faixa etária, comunidades e áreas mais afetadas.

O acompanhamento clínico foi registrado no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), por meio de atendimentos presenciais e remotos. Estes últimos foram complementados por videochamadas e ligações telefônicas, sempre que necessário. As comunidades com acesso à internet foram definidas como pontos estratégicos de apoio ao atendimento remoto, o que facilitou a comunicação e a continuidade da assistência.

Destaca-se o envolvimento de 76 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 60 técnicos de enfermagem, que, juntamente com médicos e enfermeiros, garantiram a cobertura territorial e a resolutividade da atenção. A atuação em horários noturna, — período em que a maioria das comunidades dispunha de

energia elétrica — constituiu um diferencial para ampliar o acesso ao cuidado, mesmo em condições adversas.

Por fim, o capítulo apresenta um relato de experiência acerca do uso de ferramentas digitais, sem envolver informações que permitam a identificação de participantes. Dessa forma, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não se configurando como pesquisa envolvendo seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O relato da experiência das ações da Secretaria Municipal de Saúde de Tefé (AM), observando os princípios éticos que regem as práticas em saúde pública e a atuação dos profissionais do SUS. informações apresentadas referem-se a dados secundários provenientes de registros administrativos e operacionais dos serviços de saúde, não havendo identificação direta ou indireta de indivíduos. Dessa forma, não foram coletadas informações sensíveis ou pessoais que pudessem comprometer a privacidade dos usuários.

Todas as etapas do trabalho observaram os princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, assegurando o uso responsável das informações e a proteção dos direitos e da dignidade das populações envolvidas. A utilização dos dados teve como finalidade exclusiva o fortalecimento das ações de vigilância em saúde e a qualificação das estratégias de resposta do SUS frente às situações de emergência ambiental e sanitária.

Ações na estiagem em Tefé: O que foi feito?

As ações em resposta à estiagem resultaram no mapeamento de 83 comunidades em situação de isolamento severo, atingindo aproximadamente 7.100 pessoas (51% da população ribeirinha) e 1.850 famílias (53% do total) (Secretaria Municipal de Saúde de Tefé, 2025). O uso de TIS permitiu identificar prioridades, organizar o envio de insumos, orientar práticas preventivas e planejar deslocamentos estratégicos de equipes de saúde.

Durante o período monitorado de setembro a dezembro de 2024, o painel de vigilância em saúde registrou um total de 1.097 casos notificados nas 128 comunidades rurais e ribeirinhas. Os sintomas mais prevalentes incluíram diarreia (142 casos; 12,9%), tosse seca (61 casos; 5,6%) e coriza (59 casos; 5,4%), indicando predominância de síndromes respiratórias e gastrointestinais. Esses quadros clínicos estão frequentemente associados às condições ambientais adversas provocadas pela estiagem severa e pelas queimadas, que afetam diretamente a qualidade da água e do ar.

Estudos como o de Silva et al. (2024), realizado no município de Chaves (PA), demonstraram elevação significativa de casos de diarreia, infecções respiratórias e dermatológicas durante períodos de seca, em decorrência da contaminação dos mananciais e da limitação no acesso à água potável. De modo semelhante, análises conduzidas pela Fiocruz (2023) e por Costa et al. (2023) em diferentes regiões da Amazônia Legal identificaram correlação positiva entre o aumento de focos de queimadas e a maior incidência de doenças respiratórias, sobretudo em crianças e idosos.

Esses estudos reforçam que a sazonalidade hidrológica extrema, intensificada por eventos climáticos e antrópicos, impõe impactos diretos sobre a saúde das populações amazônicas, particularmente em comunidades isoladas e de difícil acesso, como as de Tefé. Assim, o perfil epidemiológico observado no período analisado reflete uma tendência regional documentada em diferentes estudos e evidencia a necessidade de estratégias integradas de vigilância e conhecimento disruptivo.

A análise do perfil populacional indicou que as crianças representaram o principal grupo de risco, com 459 casos (41,8%) entre as notificações registradas. Esse padrão é semelhante ao observado por Silva et al. (2024) no município de Chaves (PA), onde a população infantil também apresentou maior suscetibilidade a agravos gastrointestinais e respiratórios durante o período de estiagem. Os autores atribuíram esse resultado à dependência de fontes alternativas de água e à maior exposição à fumaça das queimadas, fatores que agravam o estado nutricional e imunológico das crianças.

De modo convergente, relatórios da Fiocruz (2023) apontam que crianças e idosos compõem os grupos mais impactados pela poluição atmosférica oriunda de queimadas e pela escassez hídrica, com aumento das internações por doenças respiratórias e infecciosas. Em contraste, Costa et al. (2023) observaram distribuição mais equilibrada entre faixas etárias em alguns municípios da Amazônia Legal, sugerindo que condições locais de infraestrutura e cobertura assistencial podem atenuar ou ampliar os efeitos da estiagem sobre determinados grupos populacionais.

Essas evidências, em conjunto, reforçam que a infância permanece como marcador sensível de vulnerabilidade sanitária em contextos amazônicos, especialmente em áreas de difícil acesso e com limitação de serviços básicos. Assim, o cenário descrito em Tefé reafirma a importância de ações intersetoriais de cuidado integral, priorizando imunização, vigilância nutricional e educação em saúde comunitária, com foco nas famílias e cuidadores.

A análise territorial revelou concentração expressiva de registros em duas áreas de abrangência: a Área 21, com 314 casos (28,6%), que engloba 33 comunidades rurais, e a Área 11, com 289 registros (26,3%), incluindo o distrito de Caiambé, região mais populosa e com maior densidade de moradias ribeirinhas. Tendência semelhante foi descrita por Souza e Nascimento (2024) em estudo sobre o rio Solimões, no município de Coari (AM), onde as áreas de maior adensamento populacional e com maior dependência de captação direta de água apresentaram maior número de notificações de doenças infecciosas.

No detalhamento comunitário, Vila Bastos (81 registros) e São Francisco do Itaubá (76 registros) configuraram-se como principais polos de ocorrência de agravos, caracterizando epicentros de vulnerabilidade sanitária. Esse mapeamento territorial rápido foi fundamental para que a gestão municipal direcionasse respostas emergenciais, como o reforço das equipes de campo, intensificação da vigilância epidemiológica e priorização de medidas para atenuar os riscos ambientais. Tais ações estão em consonância com as recomendações apresentadas por Fiocruz (2023), que destaca a necessidade de respostas territoriais ágeis e integradas diante de eventos climáticos extremos na Amazônia.

A prestação de cuidados ocorreu de forma integrada e diversificada, abrangendo consultórios fixos nas unidades de saúde, consultórios itinerantes, visitas domiciliares realizadas por equipes móveis e atendimento remoto, realizado por meio de teleconsultas e contatos telefônicos. Essa estratégia combinada permitiu ampliação do alcance da atenção primária, otimização do monitoramento epidemiológico e resposta mais ágil às demandas sanitárias, alinhando-se aos princípios de equidade, integralidade e resolutividade do SUS.

Dessa forma, a integração de TIS, práticas assistenciais diversificadas e equipes multiprofissionais evidencia que, mesmo em contextos de isolamento geográfico e vulnerabilidade ambiental, é possível garantir a continuidade do cuidado, fortalecer a vigilância em saúde e apoiar a gestão territorial baseada em evidências.

O esforço assistencial desenvolvido durante o período de monitoramento resultou em 11.365 atendimentos registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), número que evidencia a alta capacidade de resposta das equipes de saúde mesmo em cenários de adversidade. A adoção de atendimentos noturnos, aproveitando os horários de disponibilidade de energia elétrica nas comunidades ribeirinhas, configurou-se como um diferencial estratégico para ampliar o acesso e garantir a continuidade do cuidado.

A utilização do aplicativo *WhatsApp* como ferramenta de comunicação interprofissional e troca de informações em tempo real também se destacou como uma inovação adaptada ao contexto amazônico. Essa estratégia reforçou a agilidade na coordenação das ações e nas tomadas de decisão, corroborando achados de Souza et al. (2023) e Costa e Nascimento (2024), que apontam o uso de aplicativos de mensagens como facilitadores da comunicação em redes de atenção dispersas e de difícil acesso. De modo convergente, Silva et al. (2024) destacam que a incorporação de tecnologias leves, de baixo custo e ampla acessibilidade, como o *WhatsApp*, tem contribuído para a redução de barreiras de conectividade em territórios rurais e indígenas.

Por outro lado, estudos como o de Martins e Araújo (2023) indicam limitações quanto à padronização de registros e à segurança de dados em ferramentas não oficiais, apontando a necessidade de protocolos institucionais claros para seu uso na saúde pública. Esses elementos — monitoramento epidemiológico contínuo via painel de vigilância, comunicação ágil entre equipes (*WhatsApp*), capilaridade da assistência (consultórios fixos e móveis), registro eletrônico integrado (PEC) e parcerias interinstitucionais — possibilitaram a execução de ações rápidas e efetivas, como:

- Distribuição de kits de medicamentos em todas as comunidades e pontos de apoio nas áreas mais isoladas;
- Entrega de 313 kits de tratamento de água, em parceria com o Instituto Mamirauá;
- Distribuição de 5.000 cestas básicas para cerca de 3.500 famílias ribeirinhas em situação de insegurança alimentar.

Essas ações convergem com as observações de Moraes et al. (2024), que destacam o papel das parcerias interinstitucionais e da integração tecnológica na resiliência dos sistemas locais de saúde durante crises ambientais. No entanto, estudos divergentes, como o de Lima e Ferreira (2022), alertam que, sem investimentos contínuos em infraestrutura e conectividade, essas estratégias tendem a se tornar pontuais e insustentáveis.

Dessa forma, a experiência de Tefé (AM) reforça que a combinação entre tecnologias digitais, logística adaptada e cooperação interinstitucional pode se configurar como um modelo de resposta eficiente e replicável para outras regiões amazônicas e áreas remotas do país.

Conclusão

A experiência reforça que ferramentas digitais acessíveis, combinadas com redes locais de apoio e trabalho multiprofissional, podem ampliar a

capacidade de resposta do SUS em contextos amazônicos. Os resultados trouxeram evidências epidemiológicas sobre os principais agravos relacionados à estiagem, bem como a integração entre vigilância, assistência e gestão podem beneficiar a população em situação vulnerável.

Em cenários desafiadores, como apresentado em Tefé, o painel interativo facilitou o monitoramento epidemiológico em tempo real, e apoiou decisões estratégicas baseadas em evidências. A coleta sistemática de informações e a consolidação em um painel automatizado contribuíram para a rápida identificação de riscos, o direcionamento de insumos e a coordenação de equipes. Portanto, essas estratégias exitosas de governança local, fortalecendo a TIS e possibilitando a adoção de ações imediatas em áreas de difícil acesso. A aplicabilidade é alta, pois a metodologia pode ser reproduzida em outros contextos de vulnerabilidade, ampliando a capacidade de resposta a situações de emergência em saúde pública.


Alguns fatores foram determinantes para o sucesso da estratégia, tais como: a presença de conectividade em comunidades-chave; a existência de 21 pontos de apoio ativos, compostos por técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde e o fluxo ágil de informações entre campo e gestão municipal.

A experiência desenvolvida em Tefé demonstrou que, mesmo diante das limitações estruturais e logísticas próprias da região amazônica, é possível utilizar tecnologias digitais simples, acessíveis e de baixo custo para ampliar a capacidade de resposta do SUS em situações de emergência.

Mais do que um recurso emergencial, a estratégia evidencia o papel estratégico da Tecnologia da Informação em Saúde (TIS), em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), para reduzir desigualdades de acesso, qualificar a gestão da informação e assegurar a efetividade do SUS e a equidade em saúde e continuidade do cuidado em territórios remotos. Dentre as limitações apresentadas ao decorrer do projeto, a dificuldade de acesso local é o maior problema encontrado.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde (2021). *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2022). *Tecnologia da Informação em Saúde: Diretrizes e aplicação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa, R. A.; & Nascimento, L. F. (2024). *Uso de aplicativos de mensagens para a comunicação interprofissional em comunidades ribeirinhas da Amazônia*. *Revista Brasileira de Saúde em Áreas Remotas*, 12(1), 45–59.
- Costa, M. F.; Silva, J. R.; & Almeida, T. B. (2023). *Efeitos da estiagem e queimadas na saúde de populações amazônicas*. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(5), e00234567.
- Fiocruz. (2023). *Relatório sobre impactos de eventos climáticos extremos na saúde da Amazônia*. Fundação Oswaldo Cruz.
- IBGE. (2022). *Estatísticas municipais: Tefé-AM*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Lima, M. C.; & Ferreira, J. P. (2022). *Sustentabilidade de estratégias de atenção em áreas remotas da Amazônia*. *Saúde & Sociedade*, 31(2), 123–137.
- Martins, A. S.; & Araújo, R. F. (2023). *Segurança e padronização em ferramentas digitais na saúde pública*. *Revista de Informática em Saúde*, 15(2), 88–99.
- Moraes, L. C., Pereira, D. F., & Rocha, V. M. (2024). *Parcerias interinstitucionais e integração tecnológica na saúde em contextos de crise ambiental*. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(2), e00345678.
- Raízes Caboclas. (1992). *Raízes Caboclas*. In *Cantos da floresta* [Álbum]. Manaus, AM: Raízes Caboclas. Recuperado em 29 de dezembro de 2025, de <https://open.spotify.com/artist/3gPN6DkEoXjBn6iRUrzMgo>
- Santos, E. A.; & Lima, F. R. (2021). *Desafios da TIS em áreas de difícil acesso na Amazônia*. *Revista de Saúde Pública Amazônica*, 10(1), 33–50.
- Silva, T. R.; Oliveira, P. M.; & Gomes, R. S. (2024). *Impactos da estiagem na saúde infantil em Chaves (PA)*. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 8(1), 15–29.
- Souza, H. L.; & Nascimento, F. P. (2024). *Monitoramento epidemiológico em comunidades ribeirinhas do rio Solimões (Coari-AM)*. *Revista de Vigilância em Saúde*, 12(1), 72–85.
- Souza, R.; Lima, J.; & Andrade, P. (2023). *Aplicativos móveis na comunicação interprofissional em redes de atenção dispersas*. *Revista Brasileira de Informática em Saúde*, 14(2), 101–115.
- Zumak, P.; Fassoni-Andrade, A.; & Pereira, L. (2025). *Estiagem histórica em Tefé: impactos socioambientais e de saúde*. *Revista de Estudos Amazônicos*, 20(1), 55–70.
- Prefeitura de Tefé. (2023). *Mapa de localização das comunidades rurais e ribeirinhas*.
- Prefeitura de Tefé. (2024). *Relatório de atendimentos e vigilância em saúde: setembro a dezembro de 2024*.



No relaxar da canção eu vejo a prevenção: a coleta do exame preventivo em Urucurituba, Amazonas

Vilma Costa Rodrigues
Edneuzza Andrade
Robert Vasconcelos
Adriano da Silva Meireles
Adriane Valentin
Ana Paula de Carvalho Portela

Rastreamento do câncer do colo do útero na APS

Eliminar o câncer do colo do útero como problema de saúde pública é um desafio global. Para apoiar essa meta, a Organização Mundial da Saúde propôs, para 2030, a vacinação de 90% das meninas contra o HPV até os 15 anos, o rastreamento de 70% das mulheres (35 a 45 anos) com exames de alta qualidade e o tratamento de 90% dos casos identificados. Na prática, essas metas orientam o fortalecimento de ações de prevenção, rastreamento e cuidado contínuo, com protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO, 2020).

No Brasil, as diretrizes para o rastreamento do câncer do colo do útero, publicadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), são a principal referência e vêm sendo atualizadas à luz de novas evidências, incluindo a transição para estratégias com testes moleculares, como o DNA-HPV, em modelos de rastreamento mais organizados. A APS ocupa posição estratégica

nesse processo por sua capacidade de busca ativa, vínculo e acompanhamento longitudinal (INCA, 2016).

Para qualificar o cuidado, a gestão em saúde utiliza indicadores como instrumentos de monitoramento e tomada de decisão. Com a reformulação do cofinanciamento da APS, o indicador específico de rastreamento do câncer do colo do útero foi substituído por uma métrica mais abrangente, o “Cuidado da mulher na prevenção do câncer”, que contempla boas práticas como rastreamento (citologia e/ou DNA-HPV), vacinação contra HPV e ações de saúde sexual e reprodutiva. A implementação em 2024 reforça a avaliação contínua das equipes e a melhoria da qualidade assistencial (Brasil, 2024a; Brasil, 2024b).

Além de barreiras de acesso e organização, fatores subjetivos (vergonha, medo e experiências negativas prévias) influenciam a decisão de realizar o exame. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) destaca acolhimento, comunicação qualificada e ambiência como dispositivos para transformar a experiência do cuidado, favorecendo conforto, privacidade, confiança e adesão. Ajustes simples no ambiente (iluminação, música e aromas agradáveis) podem reduzir ansiedade e qualificar procedimentos na APS (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

Evidências sugerem que a musicoterapia pode reduzir ansiedade, dor e estresse em contextos assistenciais, contribuindo para melhorar a experiência do cuidado (Bradt et al., 2021). De modo complementar, a aromaterapia com óleos essenciais (por exemplo, lavanda) apresenta efeitos ansiolíticos em ensaios clínicos e revisões sistemáticas (Tan et al., 2023). Quando combinadas em uma ambiência acolhedora, essas estratégias podem potencializar a redução de ansiedade, conforme estudos que testaram intervenções integradas (Ganji et al., 2022; Son, So, & Kim, 2019).

Estratégias de engajamento apoiadas na APS — como convite ativo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mensagens personalizadas e abordagens estruturadas — tendem a aumentar a participação

em programas de rastreamento, especialmente entre mulheres que não realizam o exame regularmente. Revisões recentes apontam que convites planejados e ações proativas no território podem ampliar a adesão e reduzir desigualdades no acesso (Scaioli et al., 2025; Wong & Wong, 2024).

Figura 1. Reunião de alinhamento com a equipe.



Fonte: autores, 2025.

Por fim, o capítulo relata uma experiência de qualificação da coleta do exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos no município de Urucurituba (AM), integrando busca ativa no território, convite nominal personalizado e práticas de ambiência (musicoterapia e aromaterapia) durante o procedimento. O objetivo foi ampliar a adesão ao rastreamento e reduzir barreiras psicossociais associadas ao exame, fortalecendo vínculo, conforto e percepção de cuidado na APS.

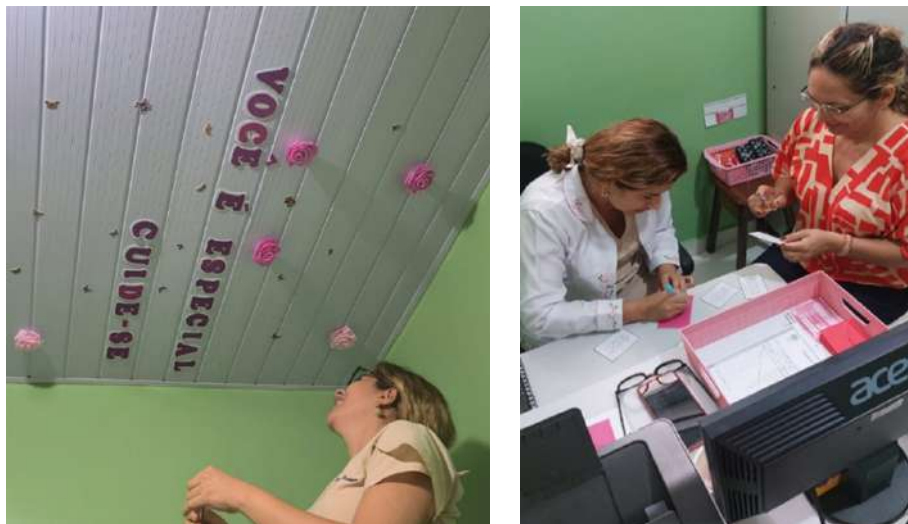
Cenário e descrição da intervenção

Urucurituba possui população estimada de 25.592 habitantes e situa-se a cerca de 218 km em linha reta de Manaus (\approx 343 km por via rodoviária), o que ajuda a contextualizar desafios logísticos para o acesso oportuno ao rastreamento do câncer do colo do útero (IBGE, 2024). A intervenção ocorreu na UBS Gerson Kettle, na área adscrita da Equipe Urbana VI, com apoio da gerência da unidade e da gestão municipal.

Durante o planejamento da equipe, observou-se que, mesmo com campanhas, busca ativa e ações educativas, muitas mulheres ainda não compareciam para realizar o exame. A partir desse diagnóstico situacional, elaborou-se um convite ativo nominal: cada usuária elegível recebeu uma carta perfumada, com mensagem personalizada, acondicionada em envelope e entregue pelo ACS durante visita domiciliar. Os ACS, com apoio da equipe, construíram lista nominal de mulheres elegíveis (25–64 anos), com atenção especial àquelas sem coleta nos últimos três anos ou que nunca haviam realizado o exame; quando necessário, realizava-se a leitura do convite para assegurar compreensão.

Na unidade, o consultório de enfermagem foi preparado para oferecer conforto e privacidade durante a coleta, com adequações de ambiência: música suave, iluminação reduzida, aromatização com óleo essencial de efeito relaxante e mensagens de boas-vindas. O fluxo operacional incluiu identificação de elegíveis, confecção e entrega dos convites, agendamento e acolhimento, realização da coleta em ambiente preparado e registro sistemático de convites entregues, comparecimento e número de coletas (incluindo primeiras coletas), permitindo ajustes contínuos na estratégia.

Figura 2. Preparação do ambiente. Frase positiva e decoração no teto. Convite nominal personalizado.



Fonte: autores, 2025.

Figura 3. Aromatizadores de ambiente.



Fonte: autores, 2025.

Resultados

Com o propósito de promover uma experiência positiva e reduzir barreiras psicossociais relacionadas ao exame preventivo, reestruturamos criteriosamente o protocolo de atendimento. Desde a chegada à unidade, a usuária era acolhida em fluxo organizado: recepção, pré-consulta com a técnica de enfermagem e, em seguida, atendimento no consultório para a coleta.

No consultório, implementamos a intervenção de ambiência. O espaço foi preparado para tornar-se terapêutico e acolhedor, com aromaterapia, musicoterapia e iluminação suave. Antes do procedimento, explicamos a estratégia e orientamos a usuária a posicionar-se confortavelmente e a realizar respiração guiada, favorecendo relaxamento. Durante esse momento inicial, eram preenchidos os dados do material de coleta.

Durante a introdução do espécuro vaginal, utilizamos respiração controlada: orientávamos inspiração profunda e, na expiração, sincronizávamos a inserção de forma suave. Essa abordagem buscou maximizar o relaxamento da musculatura pélvica e reduzir desconforto e ansiedade. Ao término do procedimento, convidávamos a usuária a compartilhar sua percepção. Esse momento de escuta ativa permitiu validar a estratégia e reforçar um cuidado centrado na pessoa.

Os relatos foram predominantemente positivos. Usuárias referiram sentir-se acolhidas, confortáveis e menos nervosas/ envergonhadas, além de destacarem a diferença da abordagem em comparação a experiências anteriores, sugerindo caráter inovador da prática implementada. A estratégia produziu impacto quantitativo na adesão ao rastreamento. No período de 12 meses (15 de abril de 2024 a 15 de abril de 2025), foram realizados 160 exames citopatológicos, correspondendo a 52,98% de cobertura do público-alvo do território.

A captação de 45 mulheres que realizaram o procedimento pela primeira vez destacou-se como indicador relevante, sugerindo maior capacidade

de superar barreiras históricas e alcançar grupo de maior vulnerabilidade. A iniciativa também contribuiu para estruturar fluxo de cuidado contínuo. Usuárias com resultados alterados foram agendadas e encaminhadas para consulta com clínico geral na própria unidade, assegurando celeridade no início da investigação.

A equipe manteve acompanhamento longitudinal, responsabilizando-se pela gestão do cuidado. Quando necessário, houve referência para especialistas, assegurando abordagem integral desde a captação para rastreamento até diagnóstico e tratamento. Os efeitos extrapolaram a unidade, contribuindo para indicadores municipais. Considerando o antigo Indicador 04 do Previner Brasil (proporção de mulheres de 25 a 64 anos com exame citopatológico em dia), relatórios oficiais apontaram 70% de cobertura no 1º quadrimestre de 2024 no município.

No mesmo quadrimestre de 2025, após o período de intervenção, a cobertura municipal atingiu 72% (aumento de 2 pontos percentuais), sugerindo esforços bem-sucedidos para ampliar acesso ao exame e possível contribuição das ações de acolhimento e busca ativa. As 160 coletas — incluindo 45 primeiras coletas — ampliaram o universo de mulheres rastreadas e fortaleceram o numerador do indicador municipal. Em conjunto, busca ativa, acolhimento humanizado e qualificação da ambiência contribuíram para melhorar cobertura e desempenho da APS no cuidado à saúde da mulher.

Ressalta-se a importância do suporte da gestão local para a implementação e sustentabilidade de estratégias como esta. A Secretaria Municipal de Saúde deve assegurar infraestrutura, insumos e condições de funcionamento dos serviços, base indispensável para continuidade do cuidado. O papel da gestão se expressa também no fortalecimento da APS, cenário no qual a estratégia foi desenvolvida. Ao viabilizar condições para o atendimento, a gestão favorece que iniciativas inovadoras sejam incorporadas ao cotidiano da rede, conferindo legitimidade e estabilidade às ações. Assim, a experiência reforça que práticas diferenciadas exigem, além de engajamento

das equipes, apoio institucional para que o cuidado se traduza em resultados concretos para a comunidade.

Conclusões

A experiência na UBS Gerson Kettle demonstrou que um protocolo de acolhimento humanizado pode favorecer a sensibilização e a adesão ao rastreamento do câncer do colo do útero. Foi possível alcançar número expressivo de mulheres — sobretudo aquelas que nunca haviam realizado o exame — ao transformar o procedimento em um ato de cuidado integral.

A criação de ambiência terapêutica, com musicoterapia e aromaterapia (lavanda), contribuiu para reduzir ansiedade e nervosismo relatados na chegada. Ações de valorização — como prioridade no atendimento e convite perfumado com mensagem personalizada — fortaleceram a percepção de cuidado e respeito, refletindo-se no aumento de agendamentos e coletas.

O impacto emocional da abordagem foi evidente nos relatos das usuárias, que se referiram a maior segurança e acolhimento em um momento íntimo. Em paralelo, os resultados sugerem contribuição para o desempenho municipal, com avanço do indicador de cobertura do rastreamento. Em síntese, a experiência reforça que a prevenção se fortalece quando sustentada por vínculo, escuta e cuidado qualificado. Ao mobilizar afetos e reduzir barreiras psicossociais, a APS amplia seu alcance e consolida sua missão de promover saúde com equidade.

Referências

Brasil. (2024a). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024: Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde.

- Brasil. (2024). Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero – Parte I: Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV (Relatório preliminar).
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): Folheto informativo. https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., & Myers-Coffman, K. (2021). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(10), CD006911. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006911.pub4>
- Ganji, M. R., Jafari, F., Rezaeian, S., Abdi, H., Farzaei, M. H., & Khatony, A. (2022). The effect of inhalation aromatherapy and music therapy on anxiety in patients undergoing shockwave lithotripsy: A randomized controlled clinical trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022, 8015798. <https://doi.org/10.1155/2022/8015798>
- IBGE. (2025). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Urucurituba (AM). Cidades e Estados. Recuperado em 3 de fevereiro de 2026, de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/urucurituba.html>
- INCA. (2016). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero (2ª ed., revista, ampliada e atualizada). <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio>
- Scaioli, G., Vari, M. G., Barbera, G., Durbano, A., Pinto, S., Lo Moro, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2025). Invitation strategies for improving uptake in cervical, breast, and colorectal cancer screening: A systematic review. *European Journal of Cancer Prevention*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000985>
- Son, H. K., So, W.-Y., & Kim, M. (2019). Effects of aromatherapy combined with music therapy on anxiety, stress, and fundamental nursing skills in nursing students: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4185. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214185>
- Tan, L., Xu, Y., Yang, X., Peng, M., & Ma, P. (2023). Essential oils for treating anxiety: A systematic review of randomized controlled trials and network meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 11, 1144404. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1144404>
- WHO. (2020). World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Wong, H. Y., & Wong, E. L. Y. (2024). Invitation strategy of vaginal HPV self-sampling to improve participation in cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMC Public Health*, 24, 2461. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19881-0>

SOBRE ORGANIZADORES, AUTORES E AUTORAS

Júlio Cesar Schweickardt

Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (2009), MESTRE em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (2000), graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Amazonas (1997), graduado em Teologia pela Escola Superior de Teologia (1990). Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/ Fiocruz Amazônia. Coordenador do Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), pela Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.cesar@fiocruz.br

Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos

Enfermeira. Mestre em Ciências do Ambiente e sustentabilidade na Amazônia. Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia (DASPAM/ILMD- FIOCRUZ). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: izicaterine@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, Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE/FIOCRUZ/AM - Instituto Leônidas e Maria Deane. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). Secretária Municipal de Saúde de Manicoré/AM, presidente do COSEMS/AM e membra da diretoria do CONASEMS. E-mail: adrianamoreira2005@yahoo.com.br

Gigellis Duque Vilaça

Enfermeira, Mestre em Enfermagem no Contexto Amazônico, UFAM/PPGENF, Coordenadora do Apoio Regional do COSEMS-AM. E-mail: gigellis.cosems@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Médico (UFRGS, 1996), doutor em educação (UFRGS, 2002), professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia e Saúde Pública na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia/FAPEAM), Programa de Saúde Coletiva na Amazônia (DASPAM). Atua como pesquisador visitante do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazonia e bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). Atua como assessor da direção do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Coordenador Geral da Associação Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Adriane Farias Valentin

Enfermeira, Mestre em Saúde da Família (Fiocruz Amazônia) e Apoiadora Regional do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS - AM). E-mail: adrianefariascosta.afc@gmail.com

Adriano da Silva Meireles

Coordenador do Programa de IST, Aids e Hepatites Virais – Secretaria Municipal de Urucurituba – AM

Albernice Teixeira Peixoto

Professora. Pedagoga. Secretaria Municipal de Educação e Secretaria de Estado de Educação e Desporto Escolar – Nova Olinda do Norte. E-mail: albernice_teixeira@hotmail.com

Ana Elizabeth Souza Reis

Doutoranda em Psicologia clínica e cultura na Universidade de Brasília – UnB. E-mail: anareis85@hotmail.com

Ana Paula de Carvalho Portela

Docente da Universidade do Estado do Amazonas. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde – SES. E-mail: aportela@uea.edu.br

Ana Zilda Correa Queiroz

Tecnóloga da Informação pela Universidade Paulista – UNIP – Manaus -AM. Coordenadora de Planejamento e Ações Integradas em Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Itapiranga – AM. E-mail: anazildacorrea@gmail.com

Antônio Luiz de Souza Félix

Enfermeiro. Especialista em Farmacologia Clínica; Universidade do Meio Oeste Catarinense (UNOESC). E-mail: antonioenfer02@gmail.com

Ariane Guerreiro de Souza

Nutricionista, graduada pela Universidade Nilton Lins. Pós graduada em Planejamento e Orçamento Público em Saúde na Fundação Oswaldo

Cruz-FIOCRUZ, Processos Educativos na Gestão Regionalizada do SUS, Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ e Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Federal Fluminense-UFF. Apoiadora Regional do COSEMS -AM. E-mail: arianequerqueiro2017@gmail.com

Artur Nascimento Barbedo Couto

Psicólogo. Doutor em Psicologia. Atua no Centro de Saúde Infantil Casa Elene em Abaetetuba-PA. E-mail: arturcoutopsi@yahoo.com.br

Aurea Raimunda Almeida de Figueiredo Vieira

Graduação em Serviço Social. Diretora do Hospital Jofre de Matos Cohen - Parintins, Amazonas.

Auricelia Maria Queiroz Assis

Fisioterapeuta, Especialista em Gestão de Saúde, UBS Zolima Garcia – Silves/AM. E-mail: auriceliaqueirozassis@gmail.com

Ayla Danielle Ferreira Leal

Nutricionista da Estratégia de Saúde da Família. Unidade Básica de Saúde Raimundo do Rosário de Melo – Nova Olinda do Norte. E-mail: aylafleal2014@gmail.com

Cátia Lana Aquino de Oliveira

Enfermeira da Estratégia da Família da Unidade Básica de Saúde Dr. Hamilton Cidade do Município de Rio Preto da Eva.

Caroline Soares Nobre

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: carolinesnobre@gmail.com

Claudia de Souza Carneiro

Graduada em Ciências Biológicas. Especialização em Saúde Pública. Coordenadora de Vigilância em Saúde em Barreirinha/AM. E-mail: cllaudia.carneiro93@gmail.com

Cleia da Silva Pinheiro

Secretaria Municipal de Saúde de Tefé. E-mail: cleiapinheirotefe@hotmail.com

Cleudecir Siqueira Portela

Enfermeiro, Mestre em Doenças Tropicais (UEA – FMTHVD) e Doutorando em Ciências (PPGBIO/ILMD – Fiocruz Amazônia). E-mail: cleudecir@gmail.com

Daiana Santana Ramos

Graduação em Educação Física. Mestrado em Gestão e Regulação de Recursos Hídricos (UEA). Coordenadora de Saúde do Trabalhador em Barreirinha/AM. E-mail: dsr.mgr22@uea.edu.br

Dario Saraiva de Aguiar

Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará – UEPA (1999). Especialista em: Educação Permanente pelo Instituto Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-Amazônia (2014), Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ-Amazônia (2012), Enfermagem Obstétrica pela Universidade do estado do Amazonas/UEA (2009) e Saúde da Família pela Universidade Federal do Amazonas/UFAM (2006). Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ- Amazônia. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: dariosaraiva2015@gmail.com

Domingos Sávio Nascimento de Albuquerque

Mestre em Saúde da Família, Servidor da Secretaria Municipal de Saúde.
E-mail: domingos.albuquerque@manaus.am.gov.br

Dorisnei Xisto de Matos

Graduação em Enfermagem. Especialista em Enfermagem na Atenção Primária com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (FACULDADE HOLÍSTICA – FaHol). Coordenadora do Programa Nacional de Imunização em Barreirinha/AM. E-mail: enfer.dorisneimatos@gmail.com

Edneuza Andrade

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família – Secretaria Municipal de Urucurituba – AM.

Edson Fidelis da Silva Júnior

Farmacêutico/Bioquímico, mestre em Medicina Tropical – PPGMT, especialista em Saúde Ambiental no ILMD/Fiocruz Amazônia e Diretor da Unidade Hospitalar de Ipixuna- Maria da Glória Dantas de Lima.
E-mail: edson_fidelis@hotmail.com

Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato

Doutor em Saúde da Mulher e da Criança, professor da Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: ehonorato@uea.edu.br

Elioinai de Araújo Miller

Especialização em gestão de organizações públicas de saúde - Fiocruz Amazônia. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Ramos/AM.
E-mail: araujomiller@outlook.com

Elison Gonçalves da Silva

Graduado em Enfermagem. Especialização em Enfermagem na Atenção Primária com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (FACULDADE HOLÍSTICA – FaHol). Coordenador de Planejamento e Gestão em Barreirinha/AM. E-mail: elisongoncalves1@gmail.com

Elizandra Pimentel Campos

Enfermeira, graduada pela Faculdade Integradas do Tapajós – FIT. Pós-graduada em Urgência e Emergência e Obstetrícia pela Faculdade Literatus. Secretária Municipal de Saúde de Itapiranga-AM. E-mail: eliza4enf@yahoo.com.br

Ellen Amanda Lira de Carvalho Castro

Fonoaudióloga. Especialista em Transtorno do Espectro Autista. Secretária de Saúde do Município de Barcelos-AM. E-mail: fonoellenamanda@gmail.com

Elves de Sá Guedes

Cirurgião Dentista. Atuação profissional na Secretária Municipal de Saúde de Manaus, Preceptor do Projeto Mais Saúde com Agente – ACS/ACE, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bem como do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/UFAM). É especialista em Saúde Coletiva, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (Faculdade Literatus, 2011), e especializando em Preceptoria para a Educação Profissional em Saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz (EdProfSUS). E-mail: doutorguedes@hotmail.com

Erigilsa Lopes da Silva

Técnica em Enfermagem pela instituição Cetam. Especialização em Estratégias Saúde da Família formada pelo Centro Tecnológico do Amazonas. Atua como vacinadora pela ESF Santo Antônio na UBS Emile Tássia, Manicoré/AM. E-mail: erinha2712@gmail.com

Eveline Menezes Caçote Barbosa

Mestra em Enfermagem; graduada em Enfermagem. Universidade do Estado do Amazonas – ESA/UEA. E-mail: embarbosa@uea.edu.br.

Fabiana Mânica Martins

Enfermeira. Professora Adjunta III no Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) – Polo UFAM. Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br

Fabiana dos Santos da Silva Assunção

Técnica em Enfermagem, UBS Dama Maria do Socorro Grana. E-mail: fabianasantos8311@gmail.com

Fabiane Dutra Vilaça

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Urgência e Emergência, UBS Igarapé Açu/ Silves - AM. E-mail: fabiane.vilaca89@gmail.com

Fabiola Mendonça da Silva Chui

Doutora em Endodontia, Especialista em Educação na Saúde. Professora Associada da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Cirurgiã-Dentista Endodontista da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: fchui@uea.edu.br

Flávia Roberta Dias Coelho

Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia; Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Doutorando do Programa de Saúde Pública na Amazônia (DASPAM). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: frcoelho@uea.edu.br

Francisco Erleilson Ferreira Galdino

enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência; Coordenação de Atenção Primária à Saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Eirunepé-AM. E-mail: erleilsonferreira@gmail.com.

Gilmara Rocha de Oliveira

Mestre em Enfermagem (UFAM). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: xgilmararocha@gmail.com

Glaucia Arine Boas Ribeiro

Nutricionista, graduada pelo Centro Universitário do Norte - UNINORTE. Pós graduada em Nutrição Clínica e Funcional pela Faculdade Estácio - São Luís - MA. Secretaria Municipal de Saúde de Itapiranga-AM. E-mail: glauciarine@gmail.com

Glauciane Marinho Feitoza

Sanitarista. Especialista em Gestão em Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas/Cosems. E-mail: glaucianemarinhofeitoza@gmail.com

Gleiciane Araujo Rodrigues

Apoio Técnico Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM). E-mail: gleicianehrt@gmail.com

Ivanete Sena de Araújo

Graduada em Enfermagem (UNINORTE). Especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (DELTA), Enfermeira da Secretaria de Saúde de Manacapuru/AM. E-mail: net_amore@outlook.com

Jackline dos Santos Bentes

Enfermeira pela Faculdade Metropolitana de Manaus/AM. Especialista em auditoria em enfermagem pela Uniasselvi (2025). Atua como coordenadora de Auditoria Interna em Manicoré/AM. E-mail: jacklinebentes@gmail.com

Janaina da Silva Cabral

Graduada em Enfermagem, Universidade Paulista UNIP. E-mail: janainafirmino1990@gmail.com

Janayla Bruna Oliveira de Aguiar

Graduação em Nutrição. Mestrado em Saúde Pública pelo Programa de Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA/Fiocruz Amazônia). Secretária Municipal de Saúde de Tabatinga, Amazonas. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: janayla_oliveira@hotmail.com.

João Carlos Silva de Oliveira

Doutor em Saúde Pública na Amazônia (ILMD/Fiocruz Amazônia). Mestre em Engenharia de Processos (UFPA). MBA em Ciência de Dados (USP). Analista de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: jcjunior182@gmail.com

Joselio da Silva Martins

Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. Coordenador do PSE Unidade Básica Ampliada de Saúde (Alfredo Campos). E-mail: joselli.leitte20@gmail.com

Josely Maria Brandão Colares

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em gestão da saúde da Família. Coordenadora do Programa Municipal de Imunização de Manicoré/AM. E-mail: malucolares09@gmail.com

Josiane de Souza Medeiros

Mestra em Saúde Pública (FIOCRUZ), Doutoranda em Psicologia (UFRN). Psicóloga da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal de Manaus (UFAM). E-mail: psimedeiros10@gmail.com

Juliana Neves Ribeiro

Graduação em Fisioterapia. Mestrado Profissional em Terapia Intensiva. Hospital Jofre Cohen - Parintins, Amazonas. E-mail: junevesphysio@gmail.com

Junio dos Santos Chaves

Administrador (CIESA). Gerente de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: juniochaves4@gmail.com

Kátia Regina Felizardo Vasconcelos

Atuação profissional na Faculdade do Amazonas IAES e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Graduada em Odontologia (UFAM, 1995). Especialista em Odontopediatria (ABO, 1999). Mestre em Patologia Tropical (UFAM, 2006). Doutora em Odontopediatria (FORP-

USP, 2018). Pós-doutorado em Odontologia (UNIUBE, 2022–2023).

E-mail: katiavasconcelos@gmail.com

Keila Maria da Silva e Silva

Enfermeira, UBS Antônio Pedro Desidério - Carauari/AM. E-mail:

silvakeyla210@gmail.com

Khassiará Desadora Soares do Carmo

Fisioterapeuta. Centro de Fisioterapia de Boa Vista do Ramos/AM.

E-mail: khassiasoares07@gmail.com

Laene Conceição Gadelha

Sanitarista, Especialista em Equipes Municipais e Estaduais em Gestão

de Sistema e Serviços de Saúde. Secretária Municipal de Saúde em

Itapiranga-AM. E-mail: laenegadelha11@gmail.com

Lecita Marreira de Lima Barros

Especialista em Gestão de Saúde Pública; graduada em Farmácia

e Bioquímica. Secretaria Municipal de Saúde de Tefé. E-mail:

lecitamarreira@gmail.com

Lígia Menezes da Mata

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas

(UFAM), especialista em Enfermagem do Trabalho (UCAM). Mestra

em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e

Maria Deane (Fiocruz Amazônia). Apoiadora Regional no Conselho de

Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (COSEMS-AM). E-mail:

ligiammata@gmail.com

Liliam Rafaelle Souza da Silva

Fonoaudióloga, Pós-graduada em Gestão Pública pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, com especialização em saúde coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. Apoiadora Regional do COSEMS -AM. E-mail: liliamsilva517@gmail.com

Lívia de Carvalho Cuadal

Cirurgiã-Dentista pela Universidade Nilton Lins. Especialista em Ortodontia pela Funorte. Gerente da UBS Emile Tássia em Manicoré/AM. E-mail: liviacuadal@yahoo.com.br

Luana Rodrigues Ferreira

Enfermeira. Coordenadora Municipal da Atenção Primária em Saúde – Nova Olinda do Norte. E-mail: luana.ferreira694@gmail.com

Lucas da Silva de Almeida

Graduação em Enfermagem. Mestrado e em Enfermagem (UFAM). Coordenador da Atenção Primária à Saúde em Barreirinha/AM. E-mail: lucas.enf.almeida@hotmail.com

Lupuna Corrêa de Souza

Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia. Pesquisadora no Einstein Hospital Israelita. E-mail: lupuna.souza.ext@einstein.br

Lysandra Nívea Guimarães Farias

Gestora em Saúde/Secretária Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Ramos/AM. E-mail: lysandranivea@gmail.com

Marilena Facundes Fernandes

Enfermeira, Coordenadora da Atenção Básica do Município de Rio Preto da Eva.

Marlethy Monteiro Da Silva

Técnica de Enfermagem. Responsável Técnica pela Vacinação Unidade Básica Ampliada de Saúde (Alfredo Campos). E-mail: marlethydejesus8@gmail.com

Mariza Quércio Machado

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA/Fiocruz Amazônia). Apoiadora do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-AM). Foi bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). E-mail: marizaqmachado@gmail.com.

Marluce Mineiro Pereira

Assistente Social, doutoranda em Saúde Pública na Amazônia – DASPAM e integrante do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/ILMD/ Fiocruz Amazônia. Bolsista da CAPES. E-mail: marluce.pereira@fiocruz.br

Mário Sérgio Scaramuzzini Torres

Mestre em Sistemas e Computação (UFRN). Analista de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: mariosergiotorres@gmail.com

Milton Gama dos Santos

Enfermeiro. Pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva. Atua no município de Nhamundá, AM. E-mail: milton.gamads@gmail.com

Mayra Costa Rosa Farias de Lima

Enfermeira e bacharela em Saúde Coletiva. Especialista em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde e em Unidade de Terapia Intensiva

Adulto, Pediátrica e Neonatal. Mestra em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia. Pesquisadora vinculada ao Laboratório de Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. E-mail: mayra.farias@fiocruz.br

Mayara dos Santos Ferreira

Psicóloga, Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia – ILMD-Fiocruz Amazônia - Manaus/AM. E-mail:sfmayaras@gmail.com

Mônica Rocha Melo Manchesky

Médica da Estratégia da Família da Unidade Básica de Saúde Dr. Hamilton Cidade do Município de Rio Preto da Eva.

Naima Auxiliadora Benlolo Barbosa

Enfermeira pela Faculdade Metropolitana de Manaus/AM. Especialista em Urgência e Emergência pela Singular. Enfermeira assistencial da UBS Emile Tassia. E-mail: naimabenlolo@hotmail.com

Nataly Nascimento Rodrigues

Enfermeira; Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Enfermagem do Trabalho, UTI e Transporte Aeroespacial; Secretária de Saúde do Município de Eirunepé-AM. E-mail: natalyrodriques09@gmail.com

Nazivaldo Caciocley Camelo Correa

Mestre em Automação (UFPA). Chefe da Divisão de Sistemas em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: cacio.correa@gmail.com

Paulo Cesar Martins dos Santos Junior

Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário do Norte – UNINORTE (2012–2016). Pós-graduado em Saúde Coletiva com

ênfase em Saúde da Família pela Singular Educacional (2017).
Coordenador de Atenção Primária à Saúde e Planejamento da Secretaria
Municipal de Saúde de Itacoatiara/Amazonas (2024-2025). E-mail: enf.
paulocesarmartins@gmail.com

Paula Raylane Gomes de Oliveira

Cirurgiã Dentista da Estratégia de Saúde da Família. Unidade de
Saúde Maria Etelvina Pinheiro – Nova Olinda do Norte. E-mail:
paularoliveiraa2@gmail.com

Patrícia da Costa Franco

Graduada em Enfermagem (UFAM). Enfermeira da Secretaria de Saúde
de Manacapuru/AM. E-mail: patriciafransan@gmail.com

Raiane de Souza Teixeira

Graduada em Enfermagem (UNINORTE). Enfermeira da Secretaria de
Saúde de Manacapuru/AM. E-mail: raianeteixeira94@gmail.com

Raimara Aragão Alfaia

Assistente Social. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Ramos/
AM. E-mail: raimara.alfaia25@gmail.com

Renilson Brito Gomes

Graduando em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana de Manaus-
FAMETRO; Técnico em Agente Comunitário de Saúde e Técnico em
Vigilância em Saúde com Ênfase no Combate às Endemias ambos
pela IES- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Técnico em
Enfermagem pelo Centro de Educação Profissional Interdigitus; Servidor
Público Municipal na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus como
Agente Comunitário de Saúde. E-mail: rbritobg@gmail.com

Raí da Silva Cardoso

Graduação em Enfermagem. Pós-graduando em Centro Cirúrgico. Coordenador do Centro Cirúrgico do Hospital Jofre Cohen - Parintins, Amazonas. E-mail: raicardosoprofissional@gmail.com

Robert Vasconcelos

Coordenador do Programa de Imunização – Secretaria Municipal de Uruçurituba – AM

Roberval Castro da Silva

Pedagogo. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Secretaria de Educação do Município de Barcelos-AM. E-mail: castroroberval19@gmail.com.

Robson Costa Pessoa

Especialista em Urgência e Emergência, graduado em Enfermagem. E-mail: tncbrasilenfrobson@gmail.com.

Rogério Luiz Araújo Carminé

Mestre em Engenharia de Software (UPORTO). Professor do Instituto Federal do Amazonas (IFAM). Analista de Sistemas da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: rogerio.carmine@ifam.edu.br

Rosijane Bentes Duarte

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). E-mail: rosijane84@gmail.com

Rúbia Prestes Jacaúna

Nutricionista. Pós-graduada em Nutrição Clínica Integrativa Funcional, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amazonas/Cosems. E-mail: rubiaprestes@gmail.com

Sabrina Cruz Azevedo

Graduada em Enfermagem. Pós-graduada em UTI Neonatal. Subgerente de Enfermagem do Hospital Jofre Cohen - Parintins, Amazonas. E-mail: enf.sabrinaazevedo@gmail.com

Safira Mendes Viana

Fonoaudióloga Geral na Atenção Primária. Unidade de Saúde Augusto Castro – Nova Olinda do Norte. E-mail: smvfono@gmail.com

Saymon Erickson da Silva Souza

Mestrando em Saúde Coletiva (UEA). MBA em Gestão de Projetos (FGV). Diretor de Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). E-mail: saymon.dm@gmail.com

Simone da Silva Lima

Bacharel em Administração, Especialista em Gestão em Saúde e Gestão de Operações e Logística, Coordenadora de Planejamento na SEMSA de Santa Isabel. E-mail: simone.adm13@gmail.com

Sandy Helena Silva Graça

Enfermeira, pós-graduada em saúde pública e saúde indígena, com nove anos de experiência em gestão pública. Apoiadora Regional do COSEMS-AM. E-mail: sandyheitor04@gmail.com

Sara da Silva Negreiros

Graduação em Enfermagem. Especialização em Urgência e Emergência (FAVENI). Coordenadora de Vigilância epidemiológica em Barreirinha/AM. E-mail: sara.negreiros@gmail.com

Sonaira Serrão Castro Ribeiro

Cirurgiã Dentista. Doutoranda do Programa de Saúde Pública na Amazônia (DASPAM). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). Bolsista CAPES. E-mail: sonna_castro@yahoo.com.br

Sônia Maria Lemos

Doutora em Saúde Coletiva, professora da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia). E-mail: slemos@uea.edu.br

Suênio Trindade Alves

Graduado em Medicina, Universidade Federal de Juiz Fora - MG; Graduado em Ciência da Computação, Universidade Federal de Lavras - MG. E-mail: sueniotrindade@gmail.com

Taís de Brito Viana

Enfermeira, UBS São José do Pampolha - Silves/AM. E-mail: taisviana_20@hotmail.com

Tátia Lamara Magno Morais

Enfermeira/coordenadora APS. Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista do Ramos /AM. E-mail: tatialamara@hotmail.com

Tuany Lima de Souza

Enfermeira. Coordenadora da Atenção Primária à Saúde de Borba-AM. E-mail: tuanyesf@gmail.com

Tharsis Santos Costa

Administrador, Bacharel em Administração de Empresas com ênfase em Comércio Exterior, Técnico em Informática, Secretário Municipal de Saúde de Ipixuna/Amazonas. E-mail: tha.costa@icloud.com

Valcinei Silva Amorim

Especialista em Vigilância em Saúde na Rede de Atenção Primária à Saúde; Licenciado em Matemática; Secretaria Municipal de Saúde de Tefé. E-mail: valcineiamorim@hotmail.com

Valdinam Terço de Oliveira

Técnico em Enfermagem, UBS São José do Pampolha – Silves/AM. E-mail: v94198497@gmail.com

Vanessa Colares Magalhães

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Saúde Pública (UNIP). Coordenadora de Educação Permanente em Saúde e de Planejamento da SEMSA, Manicoré/Am. E-mail: nessah.colares@gmail.com

Vilma Costa Rodrigues

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família – Secretaria Municipal de Urucurituba – AM.

Viviane Lima Verçosa

Graduada em Psicologia, Mestrado em Saúde Pública na Amazônia e pesquisadora e colaboradora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA), ILMD/ Fiocruz Amazônia. Foi bolsista FAPEAM no mestrado. E-mail: vivianevercosa@hotmail.com

Zilda Maria de Medeiros Gonçalves

Técnica em Enfermagem pela instituição Liceu. Especialização em Urgência e Emergência pelo Centro Tecnológico do Amazonas. Atua como vacinadora pela ESF Andarai na UBS Emile Tássia, Manicoré/AM. E-mail: zildamedeiros0@gmail.com

Wanderlane da Costa Silva

Graduada em Enfermagem (UNINASSAU). Especialista em Saúde Pública (FIOCRUZ) Enfermeira da Secretaria de Saúde de Manacapuru/AM. E-mail: wanderlanedacostasilva6@gmail.com

Wanderson Rodrigues dos Santos

Graduação em Enfermagem. Gerente na UBS Silvestre Rodrigues da Costa, Coordenador da Saúde da População Negra e Quilombola de Barreirinha/AM, coordenador do telessaúde do Quilombo do rio Andirá. E-mail: rodriguesheythor56@gmail.com

Willian Lira Grana

Fisioterapeuta, Especialista em Gestão e Saúde e em Gerontologia e Geriatria, Secretaria Municipal de Saúde de Silves/AM. E-mail: williangrana@live.com

William Pereira Santos

Graduação em Ciências Biológicas. Mestrado em Saúde Coletiva. Mestrado em Saúde Coletiva pela Fiocruz Amazônia. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). E-mail: pereirasantoswilliam85@gmail.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



ISBN 978-65-5462-298-1

