

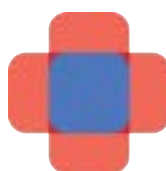


FAS
Fundação
Amazônia
Sustentável



SUS na Floresta:

Diagnóstico das Redes de Atendimento à Saúde para Indígenas e Ribeirinhos



todos
pela
saúde

FICHA TÉCNICA

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Virgílio Viana: Superintendente Geral

Valcléia Solidade: Superintendente de Desenvolvimento Sustentável

Victor Salviati: Superintendente de Inovação e Desenvolvimento Institucional

Luiz Villares: Superintendente Administrativo-Financeiro

Michelle Costa: Superintendente de Gestão e Planejamento

Programa Saúde na Floresta:

Luiz Castro: Coordenador de Programa

Mickela Souza: Coordenadora Executiva

Projeto SUS na Floresta:

Nathalia Flores: Gestão do Projeto

André Baniwa: Articulação Indígena

Pryscila Farias: Secretária Executiva

Resumo Executivo SUS na Floresta: Diagnóstico das Redes de Atendimento à Saúde para Indígenas e Ribeirinhos

1ª edição

Conteúdo: Roberta Cerri, Carlos Coloma, Diego Cordeiro, Gabriel Cortês e Lucca Alburquerque

Colaboração: Fábio Tozzi

Revisão técnica: Comitê Orientador SUS na Floresta: Adele Schwartz

Benzaken, Bernardino Albuquerque, Gersem Baniwa, Heliana Feijó e Moacir Biondo

Revisão textual: Letícia Ávila

Projeto gráfico: Up Comunicação Inteligente

Sumário

1. Apresentação -----	05
2. Região Amazônica -----	06
3. Diversidade cultural indígena -----	13
4. Subsistência material -----	15
5. Localidades de abrangência do estudo -----	19
6. Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas -----	20
7. Rede de Atenção à Saúde da População Ribeirinha -----	34
8. Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) -----	41
9. Relatório da Visita de Campo – RDS e APA do Rio Negro - 16 a 19/11/2020 -----	52
10. Avaliação preliminar dos serviços ofertados pela rede de atenção à saúde dos ribeirinhos -----	65
11. Saúde da população indígena no estado do Amazonas -----	74
12. Organização social -----	87
13. Morbidade -----	95
14. Mortalidade (Análises em andamento) -----	106
15. Referências -----	110

1. Apresentação

O presente trabalho é resultado do levantamento de dados e informações que subsidiarão a realização de um diagnóstico da rede de atenção à saúde indígena e ribeirinha. Este material corresponde ao Produto 2 - Elaborar um diagnóstico, com o status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos, tomando como fontes de referências levantamento e análise de dados secundários cujo escopo deverá ter abrangência do perfil sócio-demográfico e epidemiológico (morbimortalidade) das doenças e agravos de maior incidência em comunidades indígenas e ribeirinhas.

Trata-se de um informe de progresso uma vez que o relatório do diagnóstico será apresentado no Produto 3 da consultoria.

Primeiramente, será realizada uma contextualização da população amazônica, em especial a população rural e indígena, abordando categorias que serão necessárias para análise, tais como cultura e modos de vida. Depois, apresentaremos o escopo de abrangência do estudo. Na sequência, faremos um levantamento e diagnóstico preliminar da rede de atenção à saúde ribeirinha a partir de dados secundários, revisão bibliográfica e estudo de caso a partir de visita de campo realizada.

Por fim, será apresentada uma contextualização da rede de atenção à saúde indígena, análise do perfil sócio-demográfico, de morbidade e um levantamento prévio da mortalidade na população indígena. Para tanto, foi realizada levantamento de dados primários a partir do Sistema de Informações à Saúde Indígena (SIASI) os quais são analisados ao longo do texto.

2.Região Amazônica

2.1 Povoamento

A região amazônica é um território de aproximadamente 6 milhões de km² de floresta tropical úmida, sendo que 60% desta área está localizada no Brasil. Seus limites perpassam a bacia hidrográfica do rio Amazonas e seus afluentes, sendo parte da região também localizada na bacia do rio Orinoco e nas Guianas.

A Amazônia é formada por 25.000 km de rios navegáveis, em cerca de 6.900.000 km², dos quais aproximadamente 3.800.000 km² estão no Brasil. Já a Amazônia Legal, estabelecida no artigo 2 da lei nº 5.173, de outubro de 1966, abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, parte do Maranhão e cinco municípios de Goiás. Ela representa 59% do território brasileiro, distribuído por 775 municípios, onde viviam em 2000, segundo o Censo Demográfico, 20,3 milhões de pessoas (12,32% da população nacional), sendo 68,9% desse contingente em zona urbana e 31,1% na área rural.

Em meio à aparente uniformidade de clima e da cobertura vegetal deste território, são identificadas duas regiões bem diferenciadas: a várzea e a zona interfluvial chamada “terra firme”. A primeira corresponde à planície aluvial do Amazonas e de seus tributários andinos. Estas são terras férteis que são regeneradas pelos depósitos sedimentares vulcânicos, onde encontra-se também uma rica fauna aquática e ribeirinha. Na terra firme, encontram-se colinas e planaltos, onde abundam as faunas arborícola e terrestre, que se encontram dispersas nestes ecossistemas (MEGGERS, 1971).

Entre as cidades mais importantes da região, destacam-se Manaus e Belém, fortemente povoadas sobretudo no século XIX, no período de exploração de borracha. Atualmente, existem por volta de 63 povos indígenas na Amazônia que são remanescentes dos primeiros povos da região. Destaca-se também o forte povoamento amazônico proveniente de ciclos de migrações sobretudo portuguesa.

Contudo, é importante destacar que registros arqueológicos comprovam o povoamento da região há milhares de anos. Os grupos de caçadores e coletores nômades espalharam-se na Amazônia desde o final do

Pleistoceno (MIRANDA, 2007), há aproximadamente 35 a 12 mil anos. Antes da chegada dos colonizadores portugueses, a região amazônica já era um importante centro de inovação cultural nas Américas. A atual diversidade de línguas indígenas na Amazônia é uma prova dessa antiga e complexa ocupação humana.

O estudo de artefatos encontrados na região revelam padrões tecnológicos que indicam que a maior parte da extensão dos principais rios amazônicos estavam ocupados por assentamentos humanos. Ainda, esses estudos arqueológicos apontam que nessas áreas existiam sociedades mais complexas do que pensávamos e diferente dos grupos ou aldeias indígenas da Amazônia atual. É possível, também, que a Amazônia tenha sido mais propícia à ocupação humana. Entretanto, os conquistadores europeus se apoderaram dessas áreas de melhores recursos, afastando a maior parte dos povos para o interior das florestas.

De acordo com alguns pesquisadores, as correntes migratórias de caçadores coletores foram possíveis após a domesticação da mandioca amarga e da batata doce e pela introdução do milho nas áreas férteis da várzea há aproximadamente 3.000 anos A.C. Posteriormente, a competição por estas terras gerou a expulsão de população à zona Inter fluvial (LATHRAP, 1970).

A riqueza dos recursos da várzea e as técnicas de armazenamento nas áreas ribeirinhas permitiram a emergência de uma organização da sociedade com chefias poderosas que estruturaram um poder que controlava milhares de habitantes aglomerados em cidades (Omagua, Tapajos e Cocama) às margens dos grandes rios. Também é conhecido que esses povos praticavam um comércio baseado em redes regionais. Estas culturas foram rapidamente destruídas pela expansão colonial europeia.

A primeira frente de expansão colonial europeia sobre a região amazônica se deu em meados do século XVI e início do século XVII e estava baseada na busca e exploração do ouro. Todavia, essa frente de colonização não obteve os resultados esperados e recuou. Alguns fatores explicam a derrocada, dentre eles, o fato de que não conseguiram mão-de-obra indígena, já que muitos grupos fugiram ou foram extintos pelas epidemias. E foi justamente a questão da obtenção e adaptação de mão-de-obra que fez com que surgisse a segunda frente de colonização: o estabelecimento de ordens missionárias na região que perdurou fortemente até meados do século XVIII (CUNHA, 2009; SANTILLI, 2002).

É a partir da presença dos jesuítas que começa a se formar um novo mundo amazônico. Assim como ocorrera na costa brasileira, a consequência mais importante da implantação missionária foi a separação dos grupos indígenas entre os “mansos”, que eram os indígenas colaboradores e fiéis, e os “bravos”, aqueles que não aceitavam a cristianização. Estes se interiorizaram para dentro da floresta. A população residente em zonas interfluviais tinha uma relativa proteção pela ausência de vias de comunicação naturais e a extrema dispersão de seu habitat.

No entanto, como os colonizadores europeus ocasionaram a desagregação de uma população inicialmente numerosa e pertencente a sociedades complexas? Em primeiro lugar, as epidemias trazidas da Europa geraram uma profunda desestruturação social, econômica e psicológica na população amazônica. Vítimas do choque epidemiológico produzido pela conquista e colonização, estima-se que apenas um terço (1/3) da população dos 5 milhões que ocupava o território amazônico sobreviveu (DENEVAN, 1976).

Além disso, a introdução de ferramentas e outros bens manufaturados interrompeu ou transformou os circuitos de comércio tradicionais que já estavam afetados devido ao medo das epidemias. Por fim, destaca-se também o papel importante de grupos indígenas cuja estratégia de sobrevivência implicava em colaborar com os colonizadores inclusive na captura de escravos.

Dentre os efeitos mais importantes dessa época, estão a mudança no modelo de habitação e territorialidade indígena. Ao invés de aldeias numerosas interligadas por uma rede de comércio e parentesco, os grupos indígenas tiveram que se dispersar em unidades domésticas em locais mais inóspitos. Como se isolavam, suas culturas e economias passaram a ficar atomizadas, ou seja, aos poucos não eram mais interdependentes de uma rede populacional e sim de sua unidade familiar e local. Por outro lado, os grupos escravizados, colaboradores ou que estabeleceram um mecanismo de troca com os colonizadores, tiveram sua identidade cultural dissolvida ou reduzida. Ainda assim, muitos grupos mantiveram sua língua e sistema xamânico como principal manifestação religiosa.

No final do século XVIII, a população indígena já estava bastante reduzida. À medida que muitos colonizadores começaram a abandonar certas regiões na Amazônia, alguns grupos indígenas retornaram para a margem dos grandes rios que neste momento histórico já estava ocupada por populações mestiças (CUNHA, 2009).

Por volta de 1875, o caucho (borracha) começa a ser explorado principalmente na Alta Amazônia, retomando uma fase de colonização na região. O período que segue é chamado de O Boom da Borracha e atinge seu auge entre 1890 e 1900. O Boom da Borracha acarretou em uma expansão das relações que ligavam os colonizadores brancos aos povos indígenas e tradicionais que mantinham contato, introduzindo o sistema de patronagem que muito impactou nas relações sociais e econômicas da época.

A patronagem é um termo utilizado para referir-se a um modo de utilização de mão-de-obra dos povos locais, o qual exercerá, até 1960 e 1970, uma profunda influência sobre o mundo indígena na Amazônia. O fenômeno consiste em uma relação de fidelidade entre empresários particulares ou fazendeiros que trocavam produtos manufaturados pela extração da borracha feita por indígenas e regionais. Contudo, tratava-se mais de uma servidão por dívida do que um pagamento por realização de serviços (KOCH-GRÜMBERG[1979-1982] apud SANTILLI, 2002). Observa-se que essa relação de trabalho estabelecida não propiciou desenvolvimento social para a população amazônica, mas acarretou no aumento das desigualdades observadas atualmente.

A partir da metade do século passado, a Amazônia foi se transformando e sendo ocupada de diferentes formas. No Brasil, nas fronteiras mais ao sul, principalmente nos estados de Rondônia e Mato Grosso, a agropecuária avançou e hoje o cultivo de soja é predominante na região. Várias obras de infraestrutura, como a BR-163 e usinas hidrelétricas, também impulsionaram uma onda de colonização. Ainda temos o avanço dos garimpos, da exploração de madeira e minérios como motor econômico para região, ainda que muitas vezes ilegais. O turismo é pouco explorado na Amazônia brasileira, tendo mais expressão em países vizinhos Colômbia e Peru principalmente.

Cabe mencionar que no polo oposto daqueles povos que participam de várias esferas da sociedade brasileira, estão os grupos ou indivíduos que recusam o contato com a população não-indígena, são os denominados Povos Indígenas Isolados. Supõem-se que os grupos identificados como isolados decidiram se manter afastados da sociedade nacional em virtude dos efeitos danosos desencadeados por situações coloniais de contato vivenciados por eles mesmos ou por outros grupos com os quais mantinham relações de troca. O território brasileiro possui a maior concentração mundial de povos indígenas classificados como isolados (REIS, ALBERTONI,, 2018). A maior parte desses grupos está localizada a oeste e a noroeste da Amazônia brasileira,

principalmente nos estados do Amazonas e Acre, mas também há presença de povos isolados na parte amazônica dos países Peru, Colômbia, Equador e Venezuela.

Atualmente, muitos dos povos amazônicos mantêm um estilo de vida tradicional, participando de forma marginal nos processos econômicos vindos de fora. Os povos amazônicos também viraram símbolo de proteção da floresta pela forma de exploração sustentável que eles mantêm com o meio ambiente.

A partir deste breve apanhado histórico sobre as relações humanas na região amazônica, conjugado com os fatores que compreendem fundamentalmente o ambiente natural e sociocultural atuais, pretende-se descrever os modos de vida, cultura e economia da população em destaque para que então estas informações possam subsidiar a análise dos dados sobre saúde na Amazônia.

2.2 Cultura e Modos de Vida

Como todo grupo humano, os povos amazônicos têm culturas que resultam da história de relações que se dão entre os próprios homens e entre estes e o meio ambiente. A Amazônia é, portanto, constituída de várias sociedades, comunidades ou povos com costumes diferentes: diferentes festividades, alimentos e linguagens são adotados em diferentes regiões amazônicas. Embora os modos de vida se assemelhem, não é possível homogeneizar os padrões culturais amazônicos tendo em vista a diversidade de povos que habitam este território.

Deste modo, não pretendemos utilizar de uma categoria genérica para povo indígena ou ribeirinho. Para tanto, cabe uma definição do que entendemos por cultura e modos de vida. O conceito de cultura será desenvolvido sobretudo para que este possa ser diferenciado dos fatores desencadeados pelo modo de vida local, este sim um ponto de convergência entre população indígena e ribeirinha.

Embora seja importante o entendimento do que estamos categorizando como cultura, o tempo e escopo dedicados a este trabalho não nos permitirá uma análise antropológica das comunidades estudadas. Ainda assim, o fator cultural não deve ser completamente descartado do estudo. Diante disso, iremos distinguir a seguir as categorias “cultura” e “modos de vida”.

De maneira bastante genérica, utilizamos a palavra “cultura” para classificar diferenças de hábitos e costumes. Porém, podemos definir cultura

como sendo todo o comportamento apreendido que irá determinar o comportamento do homem e justificar suas ações. **A cultura é um fenômeno natural na humanidade** - não existe povo sem cultura - e ela é **resultante da experiência histórica das gerações anteriores de cada povo ou nação**.

Nos anos 1960 e 1970, no período conhecido como a era da informação, na antropologia emerge uma nova perspectiva teórica: cultura "é essencialmente um conceito semiótico (...) o homem é um animal inserido em tramas de significação que ele mesmo há tecido, considero a cultura é essa trama que a análise da cultura há de ser não uma ciência experimental na procura de leis, mas uma ciência interpretativa em busca de significações. O que procuro é a explicação, interpretando expressões sociais que são enigmáticas na sua superfície" (GEERTZ, 2001). Para o autor citado, a cultura dá significado a um código de símbolos partilhados pelos seus membros, contudo, esses símbolos só podem ser interpretados. Sendo assim, considera-se que a cultura possui uma dinâmica própria sobre a qual o homem faz interpretações a depender de seu ponto de vista.

Já a identidade faz referência ao que é idêntico ou semelhante e ao caráter do que é único que se diferencia irredutivelmente dos outros: "a identidade propõe-se, no nível mesmo de sua definição, dentro do paradoxo de ser a sua vez o que torna semelhante e diferente, único e parecido aos outros; ela oscila entre a alteridade radical e a similaridade total" (LIPIANSKY, 1986, p. 8).

Barth (1969) sublinha que a comunidade preserva sua organização e a identidade étnica quando consegue prescrever para seus membros os princípios de orientação social com os valores próprios de base étnica. São estes valores que definem concretamente seus próprios limites de etnicidade no relacionamento com os outros. Ao se determinar ou ser determinado sujeito de um grupo étnico, entende-se que o sujeito tende a reproduzir regularidades dos padrões de conduta com um "motor" da consciência de pertencimento de um grupo étnico.

Também devemos entender a cultura como comportamentos que se atualizam nas situações interativas com outras etnias. A interação produz cultura e a transforma, à medida que põe à prova a organização do grupo e as instituições centrais geradoras de valores de identificação. As identidades indígenas, por exemplo, podem ser entendidas como a expressão de um processo social e cultural, onde existe uma noção do estabelecimento de vínculos de pertencimento e cosmologia própria que dará significado à

natureza e à humanidade de forma própria a partir de atributos históricos e de troca cultural anteriores.

3. Diversidade cultural indígena

A diversidade cultural pode ser objetivada por diversas perspectivas. Uma das mais importantes é o critério linguístico. No Brasil, ainda são faladas 400 línguas indígenas, com numerosas variáveis dialectais, sendo ainda mais numerosas as línguas já desaparecidas.

Dentre as línguas faladas, foram identificadas 70 famílias linguísticas e cerca de 40 de línguas isoladas. As mais importantes são das famílias Tupi Guaraní e Arawak, que foram muito disseminadas pelos movimentos migratórios (Loukotka, 1968). A disseminação das línguas perpassam os limites geográficos da floresta tropical, na área sub andina (Jívaro, Arawak, Pano, Quichuas da floresta) nordeste (Tukano oriental, Yagua, Tikuna, Witoto), Brasil central (Gê, Bororo, Xinguanos), As Guianas (Carib, Arawak, Piraroa, Yanomami), os Tupi amazonenses (Mundurucu, Tenetehara, Tapirapé, Parintintin, Kawahib, Arawete) e aqueles do litoral (Tupinambás).

No caso dos povos indígenas na Amazônia, suas culturas foram drasticamente alteradas pela realidade da colonização. O que vemos hoje é uma forma tradicional de viver resultado da colonização e também das relações interétnicas.

Os povos indígenas na Amazônia tradicionalmente vivem em pequenas aldeias ou comunidades que são organizadas de acordo com cada sociedade e necessidades de sobrevivência do grupo. Se vivem da pesca, por exemplo, as aldeias são construídas próximas aos rios. Os formatos das aldeias e das casas podem variar, sendo que em algumas etnias as casas comportam várias famílias, como é o caso dos Yanomami.

A maioria dos povos indígenas que vivem em florestas, alimentam-se de carne de caça, pesca, raízes (como mandioca, cará, batata-doce, inhame), frutas (como mamão, açaí, bacuri, cupuaçu), amendoim, fava e feijão. Porém, também já adquiriram o hábito ou o gosto por alguns alimentos industrializados como o café, arroz e macarrão. A mandioca tem grande importância na cultura indígena, principalmente no norte do país. A partir da mandioca, faz-se o preparo de bebidas fermentadas, beijus e farinha - base da alimentação indígena.

A política entre os povos indígenas é muito importante, pois é a prática que ordena o relacionamento entre eles e com seu entorno. Nas sociedades indígenas amazônicas, geralmente as lideranças assumem um papel fundamental e um lugar de muito prestígio. Para ser um chefe indígena é

necessário um consenso da comunidade e para isso, o chefe deve ser muito respeitado, desenvolver qualidades valorizadas naquela sociedade, conhecer as histórias e tradições de seu povo, ser generoso, saber falar em público e convencer as pessoas (REIS, 2015).

A política com a sociedade nacional ou majoritária também é fundamental. Por isso, as sociedades indígenas se organizam em conselhos e participam de eleições locais, principalmente nos municípios onde suas aldeias estão inseridas. No caso da saúde, a prática mais importante é a participação nos conselhos de saúde onde discutem e deliberam sobre situações de saúde em sua comunidade a fim de que estas demandas e fiscalização sejam levadas até os gestores de saúde.

As crianças indígenas são criadas com muita liberdade. São espíritos livres e geralmente, muito bem comportadas. Após nascer e enquanto mamam, as crianças ficam sempre junto das mães geralmente em tipóias confeccionadas com fibras ou algodão. Tradicionalmente, a criança aprende convivendo bem próxima aos seus pais, que prezam muito a presença de seus filhos. A família indígena é muito unida e não gosta de se afastar. Há também a educação formal ofertada pelo poder público do município e estado. Hoje em dia, muitas dessas escolas públicas indígenas são bilíngues, o que garante que o indígena aprenderá também em sua língua materna.

As manifestações artísticas dos povos indígenas no Brasil são diversas e, muitas vezes, relacionadas à criação de objetos e utensílios que servem à vida cotidiana, como cestos, redes e vasos. A pintura corporal indígena é uma marca bem representativa dos povos indígenas no Brasil. Em épocas de festividades ou de combates, vários povos se pintam de formas geométricas diversas. O grafismo indígena é uma linguagem artística que expressa símbolos importantes e estão presentes na cestaria e em outros objetos.

4. Subsistência material

4.1. População rural não-indígena

A partir dos anos 50, a ecologia cultural, as etnociências, e a antropologia ecológica integraram a análise da economia na problemática geral das relações entre as sociedades e seu ambiente material e biológico. Esta incorporação permitiu estabelecer maiores especificidades, que resultou na tipologia de economias tais como: caçadores e coletores, agricultura extensiva de queima e roça, agroflorestal, e posteriormente a agroindústria. Ainda que considerada uma tendência utilitarista na relação sociedade/ambiente, essas tipologias tiveram papel importante no desenvolvimento de estudos sobre as economias das sociedades camponesas e/ou rurais e suas relações orgânica, política, e cultural com a sociedade dominante (Estado, metrópoles capitalistas e classes urbanas).

Na Amazônia, a população rural economicamente ativa desenvolve atividades que estão intrinsecamente ligadas a uma história econômica associada ao extrativismo e não à agricultura, por exemplo, a extração de madeira, castanha e outros produtos da floresta, a construção de casas e realização de outras atividades ligadas à subsistência familiar. Estas atividades são moldadas por diversos processos de trabalho que variam ao longo das estações, como a de cheia e seca do rio. Assim, essa característica de desenvolvimento de atividades variadas não se enquadra facilmente na noção de ocupação familiar única ou familiar no contexto urbano (GARNELO et al, 2020).

4.2 População indígena

Contudo, é preciso estar atento que esta tipologia econômica das sociedades rurais amazônicas pode se diferenciar das características econômicas das populações indígenas. Para muitas sociedades indígenas, a circulação de bens está subordinada às relações sociais que, por sua vez, irão regular o processo de produção. Para muitas sociedades indígenas, verifica-se formas de circulação de bens ligadas às formas de intercâmbio com ou sem dinheiro. Estas formas coexistem em cada sociedade, mas em proporções e com funções diferentes segundo a natureza das relações que regulam as condições sociais da produção.

Em relação à economia da população indígena amazonense, esta é caracterizada como de subsistência principalmente com as atividades de caça, pesca, extração vegetal e pequeno roçado. O modo de produção está dado pelo fato que uma grande parte dos meios de sobrevivência são providenciados pelo ambiente natural do território. Segundo Lee (1980), as características fundamentais são:

- A adaptação da estrutura social às possibilidades que oferece a natureza, especialmente pela sua mobilidade espacial;
- O ambiente determina o tamanho do grupo humano;
- Devido ao tipo regional de recursos e a suas variações estacionais anuais, esta sociedade deve ser ágil para adaptar-se às mudanças;
- A necessidade da movimentação sobre o território estabelece os limites à quantidade de bens que toda família pode ter;
- Observa-se uma divisão sexual do trabalho, onde os homens caçam e ajudam na coleta e as mulheres fundamentalmente encarregam-se da coleta e ocasionalmente caçam. No caso da pesca, os dois sexos realizam este trabalho de maneira conjunta. As modalidades desenvolvidas nestas atividades são realizadas de maneira individual ou coletiva;
- Uma característica fundamental está dada pela distribuição e consumo de recursos, já que estes são sempre compartilhados entre todos os membros do grupo. Este grupo também chamado “banda” é uma unidade de distribuição que funciona pelo princípio de reciprocidade generalizada; considera-se que quando este princípio cessa de funcionar; a “banda” deixa de existir;
- Considera-se que não existe o conceito de propriedade da terra; é comum a noção de domínio sobre um território dado, onde um grupo é considerado como “proprietário”. Esta condição pode estabelecer permissões a outros grupos ou “bandas” (relacionados pelos laços de parentesco) para utilizar os recursos desse domínio;

- Os bens não-perecíveis são de produção e propriedade individual, estes são utilizados no sistema de intercâmbios, essencialmente orientados a consolidar as relações sociais e a um nível político (alianças).

Beaucage (1976)¹ sublinha que as forças produtivas, na economia de caça e coleta, caracterizam-se por:

- A simplicidade dos meios de trabalho; o homem intervém sobre a natureza vegetal e animal, mas ele não modifica os mecanismos que mantêm seu equilíbrio;
- É a nível da socialização do trabalho, na cooperação, no débil desenvolvimento das forças produtivas que se produzem diversos efeitos como as limitações tecnológicas que serão compensadas por uma cooperação complexa (durante a caça maior), a prática mais frequentemente identificada: é a que os indivíduos realizam lado a lado atividades independentes idênticas estabelecendo uma cooperação simples;
- A divisão do trabalho se realiza segundo sexo e idade;
- Nas relações de produção, distingue-se o processo de produção imediato e o processo de produção social. Nas sociedades de caçadores-coletores, a apropriação individual da natureza predomina sobre a apropriação coletiva a nível de forças produtivas;
- Três aspectos comuns são reconhecidos nas populações de caçadores coletores: os direitos dos indivíduos são mediados pela pertença ao grupo; os direitos dos produtores em tanto que membros da banda são todos idênticos; é o grupo restrito definido como o mais elevado quem se investe dos direitos por sobre outros clãs e famílias.

Apesar das transformações que naturalmente ocorrem, essas redes de relações ainda são ativas nos dias de hoje. Em alguns casos, são redes de troca complexas com papéis altamente especializados e em outros, essas relações ocorrem ocasionalmente. Entretanto, a subsistência da população

1 B

depende de um modelo que basicamente está organizado pela disponibilidade de um ambiente com alimentos e a organização social; ambiente mais comum à floresta tropical mas também por áreas de cultivo na região da várzea. Cabe ressaltar que a dimensão cultural na concepção do ambiente, terra e território por parte da população, não tem equivalência com a concepção jurídica do Estado nacional em relação à posse da terra, terra indígena, e delimitação dos territórios de ocupação.

Em algumas etnias onde persistem as noções abertas de território e de limites variáveis, na mobilização espacial se alternam períodos de dispersão e concentração, assim como no seu modelo econômico, os deslocamentos estão relacionados ao cuidado das roças com as atividades de caça, coleta e pesca. A mobilidade de diferentes grupos que compõem a etnia corresponde também a seu modelo de organização social em relação às alianças entre os grupos, estes alternam sua residência nas aldeias e os acampamentos para a agricultura de roça e como base para suas expedições de caça, coleta e pesca (TILKIN GALLOIS, 2004).

5. Localidades de abrangência do estudo

O presente estudo terá como área de escopo de trabalho as comunidades rurais e indígenas no estado do Amazonas e como estudo de caso, optou-se pelas comunidades indígenas e ribeirinhas na área que abrangem a Região de Saúde de Manaus, entorno e Rio Negro.

5.1 Características do território e população

O Amazonas é o maior estado do país em extensão territorial, com uma área de 1.559.146,876 km², constituindo-se na nona maior subdivisão mundial. Seria o décimo sexto maior país do mundo em área territorial. A área média de seus 62 municípios é de 25.335 km².

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou para 2020 uma população de 4.207.714 habitantes (2% da população brasileira). De acordo com o Censo 2010, a região tinha 3.483.985 habitantes, dos quais 2.755.490 viviam na área urbana e 728.495 na área rural. É o segundo estado mais populoso da Região Norte e o décimo terceiro mais populoso do Brasil. O Amazonas possui um dos mais baixos índices de densidade demográfica no país, conforme dados do IBGE, e em 2018, a densidade demográfica foi equivalente a 2,62 habitantes por quilômetro quadrado.

O IBGE identificou 65 grupos indígenas no estado, que detêm a maior população de indígenas do País, com um total de 168.680, de acordo com o Censo 2010. Porém, a metodologia foi registrada pela auto identificação de sua identidade étnica.

5.2 Regiões de Saúde

As regiões de saúde são tipologias de agregação de municípios no âmbito de um estado e que possuem entre eles uma relação sanitária em comum ou codependente. A regionalização está inscrita na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde e é concebida como estratégia de gestão necessária à descentralização e à organização da rede assistencial. O diagnóstico terá como abrangência todo o estado, contudo o estudo de caso

a posteriore será conduzido na Região de Saúde de Manaus, entorno e Rio Negro (Ver anexo 1).

6.Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas

[26in1rq](#)

6.1 Objetivo

O objetivo desta seção será apresentar dados e informações levantadas a fim de subsidiar diagnóstico da rede de atenção à saúde da população rural ribeirinha do interior do estado do Amazonas, tomando como fonte de referências levantamento e análise de dados secundários por meio de revisão bibliográfico e dados primários por meio de estudo de caso proveniente de visita de campo realizada. O escopo deste levantamento terá como abrangência o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das doenças e agravos de maior incidência no estado do Amazonas - até o momento não foi possível a estratificação dos dados em populações rurais e urbanas - além de indicadores de maior importância, como de natalidade e mortalidade. Além disso, será realizado um levantamento do funcionamento da rede de atenção à saúde em localidades rurais no Amazonas.

6.2 Perfil Sócio-demográfico

A literatura ainda mostra certa carência de informações sobre as características da diversidade social regional no estado do Amazonas, entretanto, são esses modos de vida que influenciam fortemente na percepção do processo saúde-doença e no modo como vão acessar e fazer uso dos serviços de saúde. A caracterização do “rural” e de suas populações é tarefa complexa na Amazônia, seja pela grande variação no modo de vida dos grupos, seja pela limitação de indicadores adotados pelos órgãos oficiais, como emprego e renda, para contabilizar a diversidade das relações econômicas na Amazônia. Considerar as famílias rurais como camponesas também é questionável, uma vez que a maioria delas desenvolve atividades agrícolas, sazonais e intermitentes, voltadas principalmente para o consumo doméstico, e geram poucos excedentes para o comércio.

A população rural economicamente ativa costuma exercer múltiplas atividades como extrair madeira, castanha, outros produtos da floresta,

praticar pesca, caça, construir e conduzir barcos, construir casas e realizar outras atividades tipicamente amazônicas para a subsistência familiar. Essas atividades estão intrinsecamente ligadas a uma história econômica associada ao extrativismo e não à agricultura, moldada por diversos processos de trabalho que variam ao longo das estações, que não se enquadram facilmente na noção de ocupação familiar única ou familiar no contexto urbano (GARNELO et al, 2020).

Uma forma de classificação quanto à diversidade social amazônica tem sido a atribuição de características geográficas, como a de “ribeirinhos”. Esta caracterização se refere às populações distribuídas geoespacialmente ao longo das margens dos rios. O termo prioriza o local de residência e não as dimensões sociopolíticas que por muitas vezes se assemelham a outras populações rurais não-ribeirinhas.

O ativismo ambiental e suas ações relacionadas à sustentabilidade e ao desenvolvimento local incorporaram importantes alianças com populações tradicionais da região. Tais iniciativas fortaleceram a economia de subsistência ligada à extração de recursos florestais como uma alternativa para promover a sustentabilidade. Além de contribuir para a valorização de populações historicamente discriminadas, a abordagem ambientalista fornece novas bases para a compreensão da diversidade social amazônica ao caracterizá-la pelo grau de sustentabilidade do uso dos recursos ambientais na tentativa de superar a análise orientada por o mercado financeiro e a exclusão social (GARNELO et al, 2020). Com base nesta premissa, é possível designar economicamente esta população como “pequenos produtores tradicionais”.

Neste sentido, a população ribeirinha e os que vivem próximos às reservas e/ou áreas de proteção ambiental são habitantes de áreas rurais, demograficamente dispersas, cujas atividades laborais são sustentadas por limitados recursos tecnológicos que impedem a exploração intensiva dos recursos naturais disponíveis nos seus territórios, embora seja significativa a compra de manufaturados adquiridos nas cidades mais próximas.

O padrão habitacional pode ser heterogêneo, com famílias que possuem uma casa na área rural e outra próxima ao plantio e/ou extrativismo e ainda possuem residência ou parentes na cidade, configurando uma rede de apoio à alta mobilidade que expressa continuidade entre rio, floresta e cidade, bem como as relações múltiplas com os diversos espaços físicos e sociais próprios da vida no interior.

Do ponto de vista cultural, essas populações são reconhecidas como grupos quase étnicos que compartilham uma visão de mundo comum, têm hábitos e comportamentos distintos dos residentes urbanos e amplo conhecimento da floresta que é transmitido oralmente de uma geração para outra, embora não possuam uma cosmologia coesa que suporte o conhecimento de natureza, como ocorre com grupos indígenas.

Na região Norte, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - Censo 2010), encontramos as menores taxas de concentração populacional e maior dispersão pelo território em relação ao resto do país, em média 4,12 habitantes por quilômetro quadrado, sendo que Roraima (2,0), o Amazonas (2,2), Acre (4,5), Amapá (4,7), Tocantins (4,9), seguidos do Pará (6,0) e Rondônia (6,7). Na construção destes dados, foram levadas em conta as grandes concentrações populacionais das capitais, sendo que se considerarmos somente as regiões rurais e ribeirinhas, este dado é mais acentuado, caracterizando áreas de grande dispersão populacional.

Ainda, segundo projeção populacional do IBGE, há uma tendência ao envelhecimento da população no Estado do Amazonas. A taxa de crescimento de idosos no estado é de 4%, enquanto que a taxa nacional é de 3% (figura 2).

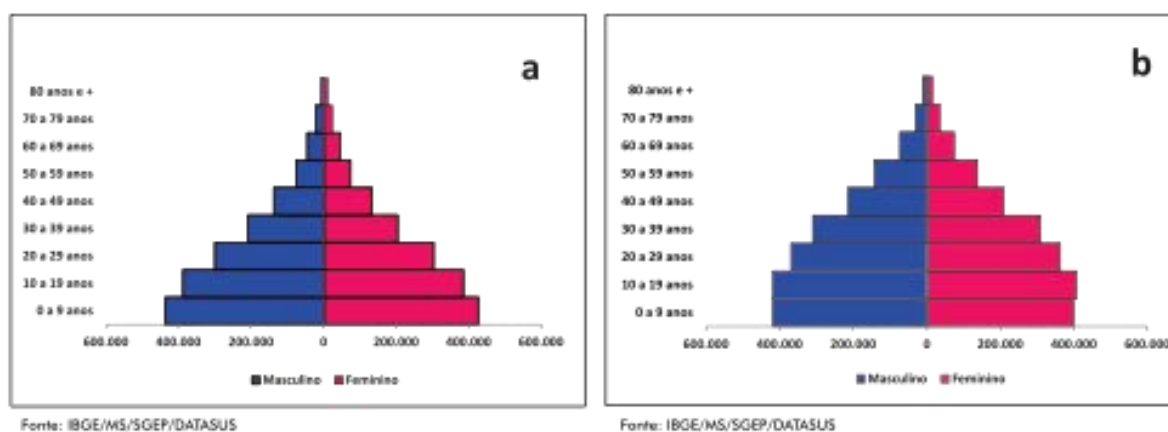


Figura 1: Pirâmides etárias para o Estado do Amazonas para os anos de 2008 (a) e 2018 (b). Fonte secundária: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

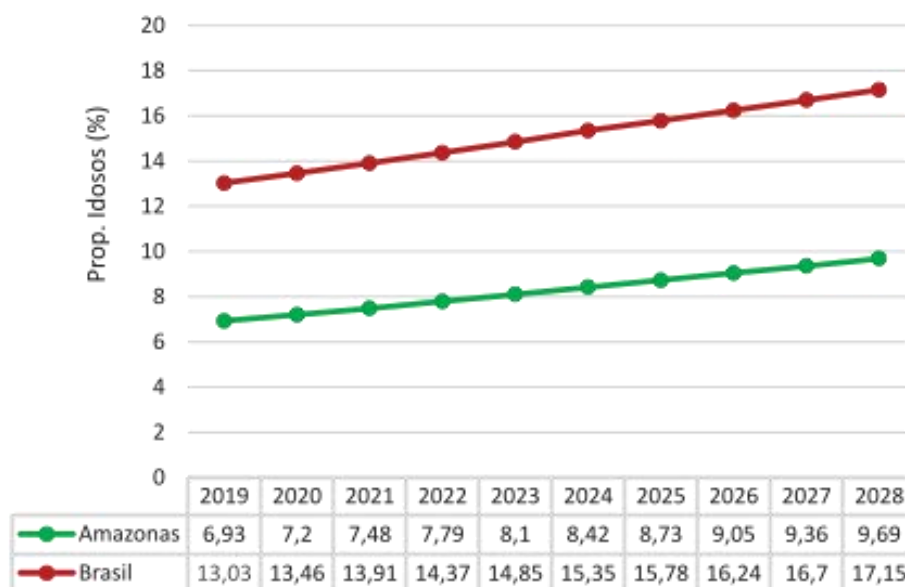


Figura 2: Proporção de idosos na população, Amazonas e Brasil, 2019 a 2028. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano, que variam de 0 a 1 e são compostos pelas dimensões renda, educação e longevidade, o estado do Amazonas passou de 0,430, em 1991, para 0,674, em 2010, enquanto o IDH do Brasil apresentou uma mudança de 0,493 para 0,727, respectivamente (Figura 3). Apresentou uma mudança de taxa de crescimento de 56,74% para o IDH do estado e de 47% para o país.

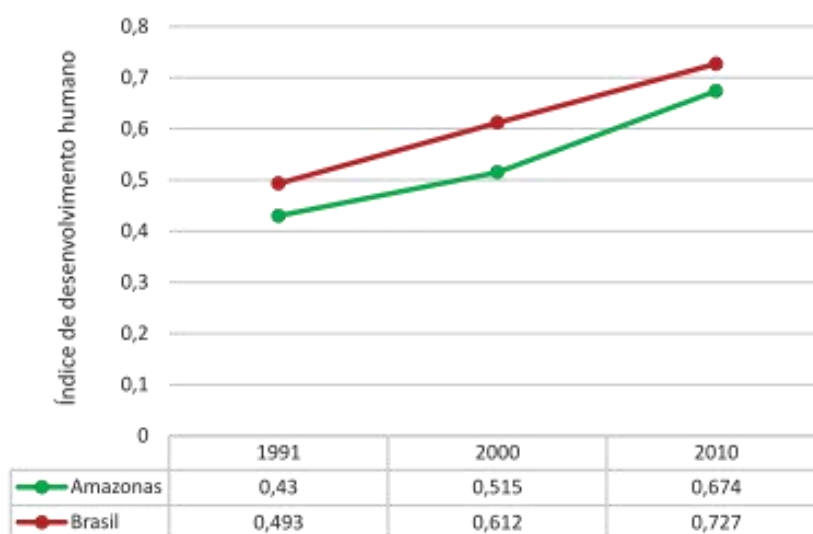


Figura 3: IDH para Amazonas e Brasil, anos 1991, 2000 e 2010. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Em estudo sobre diferenciação de regiões de saúde,² baseado no desenvolvimento humano (DUARTE et al, 2015), a região norte apresentou a maioria de suas regiões situadas em grupos que possuem índice de desenvolvimento humano de médio a muito baixo.

A partir de valores obtidos pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - metodologia baseada no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) preconizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) - as regiões de saúde foram agrupadas em 5 grupos hierarquizados de 1 a 5, sendo o grupo 1 o que possui um maior IDHM e o grupo 5, o menor.

Considerando os resultados obtidos, a região norte apresentou a seguinte distribuição: grupo 1: 1,6%; grupo 2: 19,7%; grupo 3: 32,8%; grupo 4: 23,0 %; e grupo 5: 23.0%. Ainda o estado do Amazonas possui 6 de suas 9 regiões de saúde classificadas com índice de desenvolvimento humano muito baixo. Considerando que a tipologia apresentada serve de observação e análise de desempenho do SUS, pode-se aferir que, no estado do Amazonas, prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

Quanto ao IDH por município, observou-se aumento no número de municípios classificados como alto ou médio, porém 47 (75%) dos municípios amazonenses permanecem com IDH considerado Baixo ou Muito Baixo (Tabela 1).

ID	Município	IDH		
		1991	2000	2010
1	Manaus	0,521	0,601	0,737
2	Parintins	0,414	0,488	0,658
3	Itapiranga	0,409	0,478	0,654
4	Presidente Figueiredo	0,461	0,537	0,647
5	Itacoatiara	0,408	0,491	0,644
6	Tefé	0,349	0,438	0,639
7	Apui	0,322	0,437	0,637
8	Silves	0,373	0,486	0,632
9	Urucará	0,386	0,487	0,620
10	Tabatinga	0,333	0,470	0,616
11	Manacapuru	0,339	0,437	0,614
12	Itanduba	0,323	0,437	0,613
13	Rio Preto da Eva	0,353	0,434	0,611
14	São Gabriel da Cachoeira	0,388	0,478	0,609
15	Humaitá	0,296	0,475	0,605
16	Manaquiri	0,244	0,429	0,596
17	Anamá	0,307	0,408	0,594
18	Boca do Acre	0,288	0,401	0,588
19	Maués	0,333	0,454	0,588
20	Urucurituba	0,254	0,427	0,588
21	Coari	0,312	0,389	0,586
22	Nhamundá	0,356	0,441	0,586
23	Manicoré	0,287	0,398	0,582
24	Aurazes	0,357	0,420	0,577
25	São Sebastião do Uatumã	0,354	0,428	0,577
26	Barreirinha	0,293	0,399	0,574
27	Benjamin Constant	0,300	0,389	0,574
28	Novo Airão	0,264	0,428	0,570
29	Coopiranga	0,258	0,403	0,569
30	Careiro da Várzea	0,248	0,387	0,568
31	Boa Vista do Ramos	0,287	0,372	0,565
32	Codajás	0,355	0,440	0,563
33	Eirunepé	0,295	0,409	0,563
34	Anori	0,357	0,428	0,561
35	Amaturá	0,254	0,413	0,560
36	Borba	0,305	0,389	0,560
37	Nova Olinda do Norte	0,321	0,373	0,558
38	Careiro	0,237	0,337	0,557
39	Novo Aripuanã	0,293	0,387	0,554
40	Carauari	0,268	0,344	0,549
41	Tonantins	0,257	0,327	0,548
42	Guajará	0,266	0,381	0,532
43	Lábrea	0,254	0,386	0,531
44	Canutama	0,212	0,380	0,530
45	Fonte Boa	0,243	0,320	0,530
46	Alvarães	0,306	0,373	0,527
47	Uarini	0,290	0,358	0,527
48	Japurá	0,208	0,304	0,522
49	Juruá	0,291	0,362	0,522
50	São Paulo de Olivença	0,269	0,324	0,521
51	Jutai	0,187	0,304	0,516
52	Envira	0,263	0,346	0,509
53	Beruri	0,272	0,340	0,506
54	Tapauá	0,151	0,293	0,502
55	Barcelos	0,317	0,384	0,500
56	Marabá	0,265	0,291	0,498
57	Pauini	0,177	0,287	0,496
58	Santo Antônio do Itá	0,206	0,306	0,490
59	Ipixuna	0,257	0,318	0,481
60	Santa Isabel do Rio Negro	0,236	0,384	0,479
61	Itamarati	0,210	0,331	0,477
62	Atalaia do Norte	0,246	0,348	0,450

IDHM

0 a 0,49 **Muito baixo**

0,5 a 0,59 **Baixo**

0,6 a 0,69 **Média**

0,7 a 0,79 **Alto**

0,8 a 1 **Muito alto**

Fonte: IBGE

Tabela 1: IDH dos Municípios do Estado do Amazonas. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Os residentes em áreas rurais do estado do Amazonas são dependentes de serviços de saúde pública. De acordo com Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), a proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde em áreas rurais no Brasil era de 7%, sendo a média urbana nacional de 32,2%.

Considerando que a proporção de pessoas com algum plano de saúde no Amazonas é bem abaixo na média nacional, 16,3%, e que a renda per capita

6.3 Perfil Epidemiológico

De acordo com o Relatório de Gestão da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS/AM), a taxa de natalidade mostrou redução de 8% nos cinco anos analisados, passando de 20,9 nascidos a cada mil habitantes em 2013, para 19,2 nascidos por mil habitantes em 2017 (Tabela 2), seguindo tendência observada no país.

Estado/ Regional de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017	
	NV	Taxa de Natalidade /1000 hab.	NV	Taxa de Natalidade /1000 hab.	NV	Taxa de Natalidade /1000 hab.	NV	Taxa de Natalidade /1000 hab.	NV	Taxa de Natalidade /1000 hab.
Alto Solimões	6.331	26,4	6.895	28,4	6.441	26,2	6.587	26,5	6.840	27,3
Baixo Amazonas	4.909	21,0	4.919	20,8	4.911	20,4	4.705	19,3	5.238	21,2
Entorno de Manaus e Rio Negro	47.846	20,5	49.193	20,7	48.441	20,0	46.005	18,6	45.030	17,9
Médio Amazonas	3.289	20,4	3.199	19,5	3.184	19,2	3.175	18,8	3.187	18,7
Rio Jurua	2.932	23,0	2.993	23,1	2.978	22,6	2.735	20,5	2.876	21,2
Rio Madeira	3.051	16,8	3.165	17,1	3.225	17,1	3.157	16,5	3.425	17,6
Rio Negro e Solimões	5.623	20,5	5.794	20,7	5.684	20,0	5.302	18,4	5.632	19,2
Rio Purus	2.482	19,6	2.448	19,1	2.396	18,5	2.263	17,3	2.462	18,6
Triângulo	3.076	24,1	2.975	23,3	3.128	24,5	2.962	23,1	3.329	26,0
Amazonas	79.558	20,9	81.600	21,1	80.404	20,4	76.915	19,2	78.036	19,2

Fonte: SINASC-AM/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM e IBGE/MS/SOEP/DATASUS - Base de dados de 12/03/2019

Nota: No total do estado, no período de 2013 a 2017, estão incluídos 95 NV de municípios ignorados do Amazonas - Nascidos Vivos (NV) por local de residência da mãe. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 2: Número de nascidos vivos e taxa de natalidade por Regional de Saúde, Amazonas, 2013 a 2017.

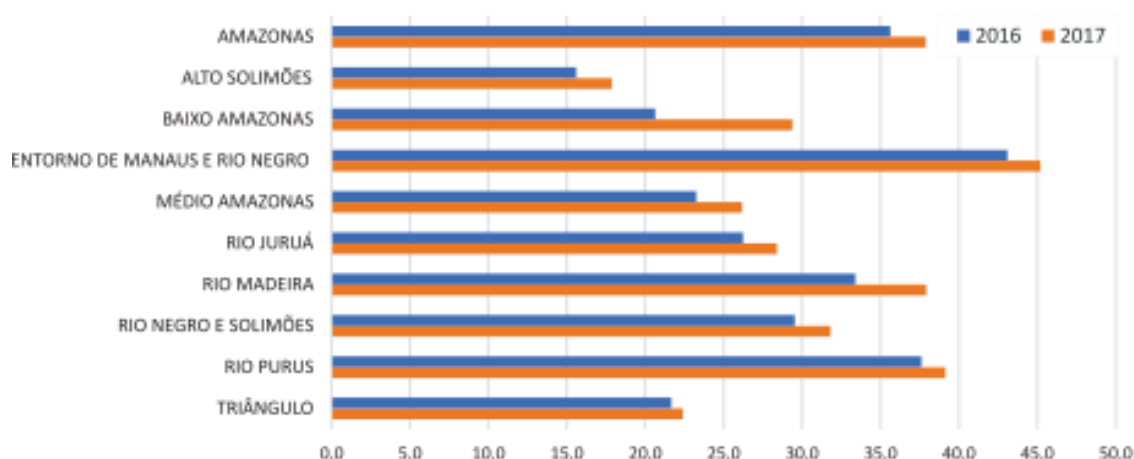


Figura 5 - Proporção de partos cesarianos, Estado e Regiões de Saúde do Amazonas, 2016 e 2017. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Quanto às condições de nascimento, todas as Regiões de Saúde possuem taxa de cesariana acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 15%, entretanto, a maioria está acima da taxa de referência de partos cesarianos para o Brasil que é de 30%.

Outro dado relevante é em relação à idade gestacional das mães no estado do Amazonas. Observa-se que a maioria (64%) estava na faixa de 20 a 34 anos. Porém, as Regiões do Triângulo, Rio Purus e Rio Juruá apresentaram as maiores taxas de mães adolescentes, 35,4%, 33,8% e 33,7% respectivamente (Tabela 4). É importante observar que o Estado registrou 1.251 nascimentos de mães na idade de 10 a 14 anos, o que é considerado um problema de saúde pública pelos riscos e pela vulnerabilidade social.

Estado/ Regional de Saúde	Nascidos Vivos Faixa Etária da Mãe									Total
	10-14 anos		15-19 anos		20-34 anos		35 anos e +		Ign.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Alto Solimões	131	1,9	1.885	27,6	4.144	60,6	677	9,9	3	6.840
Baixo Amazonas	103	2,0	1.442	27,5	3.205	61,2	488	9,3	0	5.238
Entorno de Manaus e Rio Negro	519	1,2	8.667	19,2	30.181	67,0	5.663	12,6	0	45.030
Médio Amazonas	60	1,9	893	28,0	1.990	62,4	244	7,7	0	3.187
Rio Juruá	62	2,2	909	31,6	1.661	57,8	244	8,5	0	2.876
Rio Madeira	87	2,5	1.008	29,4	2.109	61,6	221	6,5	0	3.425
Rio Negro e Solimões	131	2,3	1.642	29,2	3.426	60,8	433	7,7	0	5.632
Rio Purus	79	3,2	753	30,6	1.467	59,6	163	6,6	0	2.462
Triângulo	79	2,4	1.101	33,1	1.903	57,2	246	7,4	0	3.329
Amazonas	1.251	1,6	18.313	23,5	50.089	64,2	8.380	10,7	3	78.036

Fonte: SINASC/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM - Base de dados SINASC-AM de 12/03/2019

Nota: No total do estado, estão incluídos 17 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas - Dados sujeitos à revisão

Tabela 4: Nascidos vivos por faixa etária por região de saúde, 2017. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Quanto à proporção de nascidos vivos com baixo peso (menor que 2.500 gr), o Amazonas apresentou taxa de 7,4%, sendo a maior taxa para 2017 foi no Baixo Amazonas com 8,4% e a menor no Rio Negro e Solimões com 6,2%.

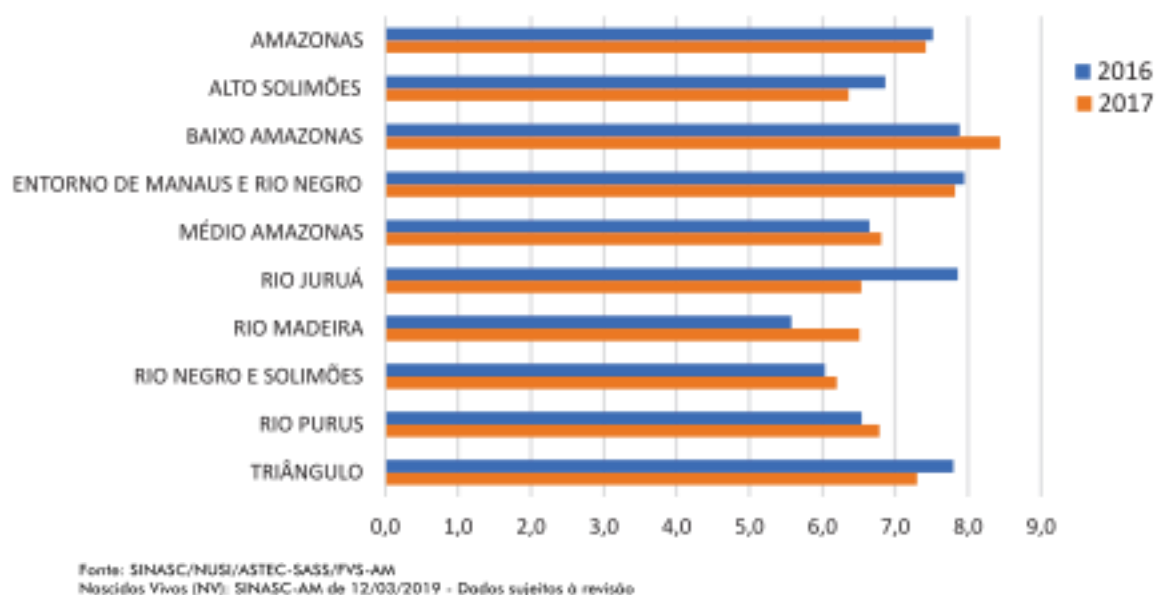


Figura 6: Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer, Regiões de Saúde, Amazonas, 2016 e 2017. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Estado/ Regional de Saúde	Consultas pré-natal										Total
	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e mais		Ignorado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alto Solimões	133	1,9	992	14,5	2.647	38,7	3.034	44,4	34	0,5	6.840
Baixo Amazonas	215	4,1	1.015	19,4	1.946	37,2	2.062	39,4	0	0,0	5.238
Entorno de Manaus e Rio Negro	1.682	3,7	5.755	12,8	15.976	35,5	21.549	47,9	68	0,2	45.030
Médio Amazonas	89	2,8	366	11,5	1.067	33,5	1.656	52,0	9	0,3	3.187
Rio Juruá	171	5,9	429	14,9	962	33,4	1.310	45,5	4	0,1	2.876
Rio Madeira	71	2,1	360	10,5	963	28,1	2.024	59,1	7	0,2	3.425
Rio Negro e Solimões	225	4,0	1.011	18,0	1.990	35,3	2.368	42,0	38	0,7	5.632
Rio Purus	39	1,6	283	11,5	834	33,9	1.304	53,0	2	0,1	2.462
Triângulo	74	2,2	629	18,9	1.271	38,2	1.295	38,9	60	1,8	3.329
Amazonas	2.707	3,5	10.844	13,9	27.660	35,4	36.603	46,9	222	0,3	78.036

Fonte: SINASC/NUJI/ASTEC-SASS/FVS-AM - Base de dados do SINASC-AM de 12/03/2019
Nota: No total do estado, estão incluídos 17 nascidos vivos de municípios ignorados do Amazonas - Dados sujeitos à revisão

Tabela 5: Nascidos Vivos segundo o número de consultas pré-natal, por região de saúde, Amazonas. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM

Estudo realizado em área rural da região norte (Silva et al, 2010), que avaliou as condições de saúde de crianças menores de dois anos, incluindo estado nutricional, desenvolvimento físico-motor e problemas de saúde no

último mês, encontrou 59,4% das crianças examinadas apresentando péssimo estado de saúde: destes, 17,3% apresentaram baixo peso e altura para a idade. Em relação aos problemas de saúde, 18,5, 14,3 e 32,6% das crianças <6 meses, 6-11 meses e 12- 23 meses, respectivamente, apresentaram diarreia 15 dias antes da coleta de dados.

Ainda, a prevalência de crianças desnutridas na região Amazônica continua sendo uma preocupação, uma vez que 3,3% das crianças não-indígenas da região norte apresentam déficit de peso, enquanto a taxa nacional é de 1,9% (Garnelo et al, 2020). Essa taxa é ainda maior se considerarmos as crianças indígenas que vivem em terras indígenas, que é de 11,4%. Os indicadores demonstram a relevância das desordens nutricionais como um problema de saúde pública na Amazônia.

Quanto à mortalidade, a descrição a seguir terá como base os dados de monitoramento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde³, e o Relatório de Gestão 2018 da FVS/AM.

De acordo com Relatório de Gestão 2018 da FVS/AM, houve melhoria na captação dos óbitos no estado, que foi de 75%, em 2013, para 84%, em 2017. Contudo, apenas a Regional de Manaus, entorno e Rio Negro conseguiu alcançar a meta de 90%. Dentre os principais fatores para a baixa cobertura, estão a falta de médicos no interior e o sepultamento sem a emissão da Declaração de Óbito. O coeficiente de mortalidade para o estado em 2017 foi de 4,2/1.000. As doenças no aparelho respiratório, as causas externas e neoplasias foram responsáveis pela metade dos óbitos neste ano.

Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil (< 1 ano), em 2017, foi de 16,9/1.000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade infantil para o Brasil, em 2017, foi de 12,8, de acordo com IBGE. Mais da metade desses óbitos (52,5%) tiveram como causa “Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal” (capítulo XVI do CID 10). A segunda causa de óbito infantil (18,7%) correspondeu às más formações congênitas. Muitos dos óbitos infantis podem ser evitados com uma melhor cobertura de pré-natal ou assistência no parto.

3 Disponível em: <disponível em : <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/>> Acesso em: 6 mai. 2022.

Quanto à morbidade, observou-se uma diminuição de adoecimento por doenças transmissíveis. Apesar disso, houve a introdução de novos agentes etiológicos como Zika e Chikungunya e a reemergência de doenças já erradicadas como o Sarampo. Também observa-se a persistência de outras doenças endêmicas importantes como Malária (maior número de registros) e Tuberculose. Ressalta-se que as doenças transmissíveis tem estreita relação com fatores ambientais, sociais e econômicos, o que exigem ações mais

Agravos	2014	2015	2016	2017	2018
Aids*	1.283	594	466	489	511
Coqueluche*	66	115	63	41	17
Dengue#	11.477	8.273	15.262	8.276	4.700
Dengue*	3.957	2.831	2.042	1.648	688
Doença de Chagas*	18	9	3	16	25
Sarampo*	0	0	0	0	9.805
Febre amarela*	0	0	2	3	0
Febre de Chikungunya#	9	5	725	600	209
Febre tifóide*	28	8	19	7	7
Febre pelo vírus da Zika#	0	159	6.041	698	464
Hanseníase*	552	517	439	452	418
Leishmaniose tegumentar americana*	1.795	1.645	854	1.983	1.638
Leptospirose*	83	66	42	66	50
Malária*	66.788	74.309	49.928	82.722	73.359
Meningites*	193	184	164	205	146
Raiva humana*	0	0	0	3	0
Tétano acidental*	8	11	8	3	1
Tuberculose*	2.668	2.860	2.804	3.061	3.163

* confirmados; # notificados

Fonte: SINAN NET/SINAN ONLINE E SIVEP-MALÁRIA/NUSI/ASTEC-SASS/FVS-AM

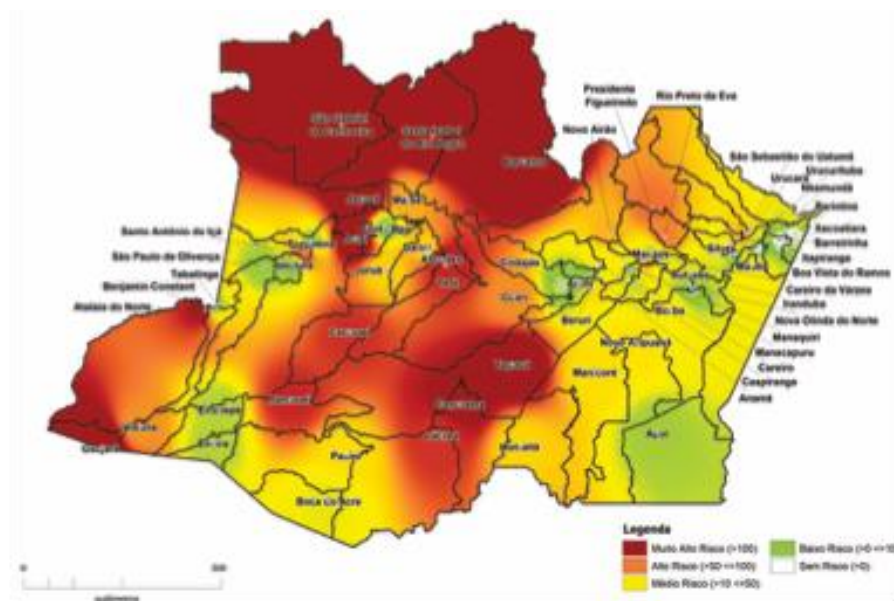
SINAN NET e SINAN Online de 11/03/2019

SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019 - Dados sujeitos à revisão

complexas que vão além do setor saúde.

Tabela 6: Número de casos de doenças transmissíveis, Amazonas, 2014 - 2017.
Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Especificamente em relação à malária, segue abaixo a distribuição espacial de risco de transmissão no Amazonas:



Fonte: SIVEP Malária WEB/ASTEC-SASS/FVS-AM
SIVEP Malária WEB: Acesso em 11/03/2019 - Dados sujeitos à revisão

Figura 7: Incidência parasitária anual no estado do Amazonas, 2018. Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Capítulo CID-10	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
XI. Doenças do aparelho digestivo	15.799	16,9	18.595	17,8	16.962	16,5	18.125	16,7	19.091	16,3
X. Doenças do aparelho respiratório	16.356	17,5	15.678	15,0	14.527	14,2	15.882	14,6	16.273	13,9
XIX. Lesões por envenenamento e alg. conseq. causas externas	10.536	11,3	11.844	11,4	12.859	12,5	14.076	13,0	14.050	12,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	10.914	11,7	12.092	11,6	11.350	11,1	12.180	11,2	13.574	11,6
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12.130	13,0	12.555	12,0	12.418	12,1	11.733	10,8	12.791	10,9
IX. Doenças do aparelho circulatório	8.798	9,4	9.667	9,3	9.399	9,2	9.236	8,5	10.660	9,1
II. Neoplasias (tumores)	4.233	4,5	5.907	5,7	5.747	5,6	5.931	5,5	6.401	5,5
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2.083	2,2	2.566	2,5	2.957	2,9	4.065	3,7	5.257	4,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3.109	3,3	3.822	3,7	3.976	3,9	4.270	3,9	4.460	3,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.312	2,5	2.853	2,7	3.259	3,2	3.486	3,2	3.750	3,2
VI. Doenças do sistema nervoso	1.864	2,0	2.254	2,2	2.470	2,4	2.687	2,5	3.102	2,6
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	1.302	1,4	1.471	1,4	1.705	1,7	1.782	1,6	2.112	1,8
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	964	1,0	1.413	1,4	1.258	1,2	1.192	1,1	1.636	1,4
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1.060	1,1	1.181	1,1	1.048	1,0	1.186	1,1	1.466	1,3
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	752	0,8	934	0,9	893	0,9	1.009	0,9	982	0,8
VII. Doenças do olho e anexos	251	0,3	529	0,5	706	0,7	765	0,7	699	0,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	729	0,8	700	0,7	882	0,9	691	0,6	657	0,6
VIII. Doenças da orelha e da apófise mastoide	165	0,2	227	0,2	203	0,2	248	0,2	279	0,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	16	0,1	25	0,1	-	-	-	-	-	-
TOTAL	93.373	100,0	104.313	100,0	102.619	100,0	108.544	100,0	117.240	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
Acesso à base de dados nacional em 09/04/2019.
Dados sujeitos à revisão.

Tabela 7: Internações hospitalares do SUS por capítulo da CID-10, Amazonas.
Fonte: Relatório de Gestão 2018, FVS/AM.

Quanto à morbidade hospitalar, na avaliação do período de 2014 a 2018, os agravos que compõem o grupo de doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, as lesões por envenenamento e consequências por causas externas, doenças do aparelho geniturinário e doenças infecciosas e parasitárias correspondem a mais de 60% das causas de internações hospitalares do SUS no Estado do Amazonas. (Tabela 7).

7. Rede de Atenção à Saúde da População Ribeirinha

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), aprovada pela Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, consiste no principal marco jurídico e estratégia de saúde voltada ao atendimento das populações urbanas e rurais mais vulneráveis e específicas, cuja abordagem comunitária pode e deve dar uma resposta diferenciada de acordo com características culturais, regionais e econômicas. De acordo com a referida portaria:

“Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.”

A PNAB estimula a implantação de Equipes de Saúde da Família para atendimento à população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal por meio de dois tipos distintos chamados “Equipe de Saúde da Família Ribeirinha” e “Equipe de Saúde da Família Fluvial”. Estas últimas atuam em Unidades Móveis Fluviais (UMF) ou Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), cuja construção também é financiada pela PNAB por meio de incentivos federais.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) contam com uma equipe multiprofissional, composta basicamente por médico, enfermeira, técnico de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde. Quanto às Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), estas estão lotadas nas Unidades Básicas de Saúde Fixas e localizadas em zonas rurais dos municípios, podendo contar, assim como as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), com mais integrantes na equipe como microscopistas e outras categorias de nível superior.

A tabela abaixo demonstra as equipes e estabelecimentos homologados pelo Ministério da Saúde no estado do Amazonas:

Tabela 8: Equipes e estabelecimentos homologados pelo Ministério da Saúde para fins de atendimento à população ribeirinha. Fonte: E-Gestor AB/Ministério da Saúde/2020

Município	ESFR	UBSF + ESFF
Alvarães	1	
Amatura	1	
Apuí	1	
Autazes	9	
Barcelos	1	
Barreirinha	4	1
Boa Vista do Ramos	4	
Boca do Acre		1
Borba	1	1
Careiro	9	
Careiro da Várzea	8	1
Coari		1
Codajás	1	1
Einurepé	3	
Fonte Boa	4	1
Guajará	2	
Humaitá	2	1

Ipixuna	1	
Irاندوبا*	12	
Itacoatiara	2	
Itamarati		1
Japurá	2	
Juruá	1	
Lábrea		1
Manaus	1	1
Manicoré		1
Maués		1
Nhamundá	4	1
Nova Olinda do Norte	4	
Parintins		1
Pauini	2	
Rio Preto da Eva	1	
Santa Isabel do Rio Negro	1	
Santo Antônio do Iça	1	
São Paulo de Olivença	1	
São Sebastião do Uatumã	1	1
Silves	3	
Tabatinga		1
Tapauá	2	
Tefé	4	1
Tonantins		1
Urucurituba	3	1

Destaca-se que, à exceção do restante da equipe, os Agentes Comunitários de Saúde e, geralmente, os Técnicos de Enfermagem residem nas

comunidades em que trabalham ou próximo delas. O Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem tem como responsabilidade: (a) participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); (b) realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e (c) exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Já o ACS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria de Consolidação n. 02, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo XXII), possui as seguintes atribuições:

“4.2.6- Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos

do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito à agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior, realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local”.

8. Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. Elas buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações, como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).



Foto: Fábio Tozzi, 2018

8.1. Estrutura física, ambiência e navegabilidade⁴

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais foram concebidas especificamente para execução de atividades de assistência à saúde adaptadas para navegabilidade e acesso das comunidades ribeirinhas aos serviços de Atenção Básica.

⁴ Texto construído a partir de contribuições a partir de "Documento Técnico contendo proposta de projeto piloto para implantação de unidades de saúde fluviais e flutuantes equipadas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS)." Elaborado por Fábio Lambertini Tozzi para Organização Pan-Americana de Saúde, julho/2018.

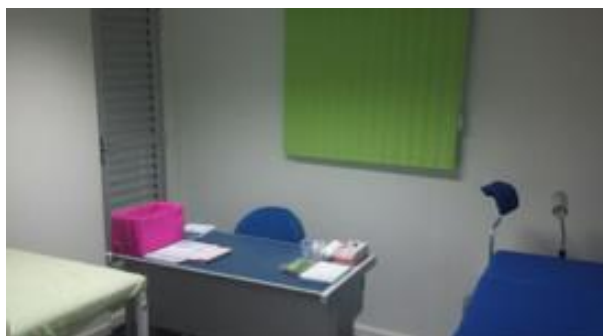
São embarcações de médio porte, entre 17 e 24 metros de comprimento por 5 a 8 metros de largura, contendo ambientes que contemplam modelo de um posto de saúde como delineado na Portaria do Ministério da Saúde nº 2191 de 2010.

Concebidas na sua maior parte como balsa, o projeto destas embarcações podem ser modificado e adaptado de acordo com a calha ou região para a qual deverão atuar. Geralmente possuem um pequeno calado e grande capacidade de manobra, o que facilita a navegação ao longo do ano nas calhas dos rios.

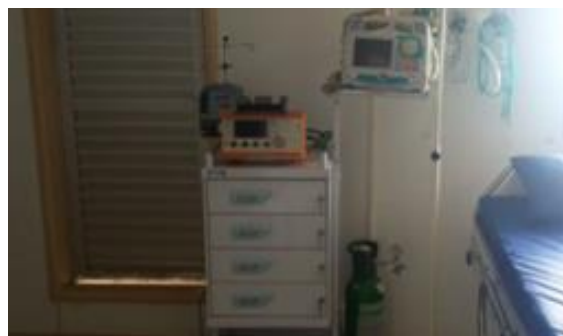
Apresentam autonomia de navegação graças a sua capacidade de armazenamento de combustível e motorização, constituída por tanques de diesel integrados no casco e um conjunto de propulsão por motor a diesel. A autonomia de geração elétrica é dada por placas solares e gerador também a diesel (grupo gerador). A modalidade especificada como flutuante não é contemplada com motores de propulsão, já que é idealizada para ficar estacionada e sua mobilidade é proporcionada através de unidades de reboque (UBSF fluvial com propulsão e UBSF flutuante sem propulsão).

Sua estrutura é constituída por dois pavimentos: um inferior de atendimento e um superior de alojamento e convivência, possibilitando um adequado trabalho no pavimento de atendimento e a hospedagem da equipe durante as jornadas de trabalho. A presença de camarotes, cozinha e banheiros, além de sala de convivência, possibilitam boas condições para alojamento e hospedagem, por longos períodos, das Equipes de Saúde da Família, que permanecem em média 20 dias embarcadas.

O pavimento de atendimento deve conter no mínimo os seguintes ambientes: consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, sala de vacina, banheiros e salas de procedimentos. Já o piso superior deve contar com cozinha, banheiros e dormitórios para toda a equipe.



Consultório de enfermagem. Foto: F. Tozzi, 2018.



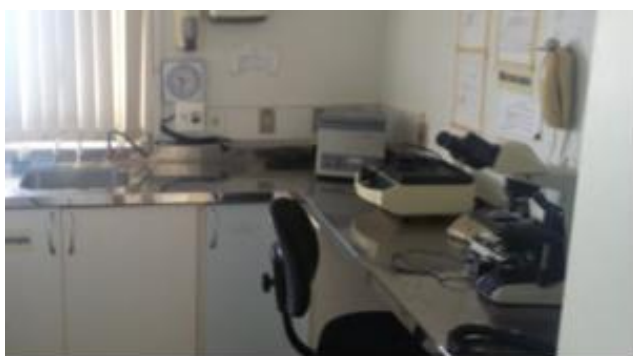
Consultório médico. Foto: F. Tozzi, 2018.



Consultório médico. Foto: F. Tozzi, 2018.



Consultório odontológico. Foto: F. Tozzi, 2018.



Laboratório. Foto: F. Tozzi, 2018.



Sala de vacinas. Foto: F. Tozzi, 2018.



Sala de procedimentos. Foto: F. Tozzi, 2018. Dormitório. Foto: F. Tozzi, 2018.



Culinária. Foto: F. Tozzi, 2018.



Banheiro. Foto: F. Tozzi, 2018.

As UBSFs deverão estar equipadas conforme a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS, permitindo que a equipe tenha em suas mãos todo equipamento necessário à atenção básica de qualidade, como laboratório e rede de frio, permitindo a conservação de

medicamentos e imunobiológicos como soros e vacinas, cujo funcionamento é garantido pelo sistema de geração de energia da embarcação.

As imagens a seguir demonstram plantas e projeto naval de uma UBSF padrão. Ressalta-se que, caso seja necessário, pode-se realizar adequações no casco (a depender da largura e profundidade dos rios).

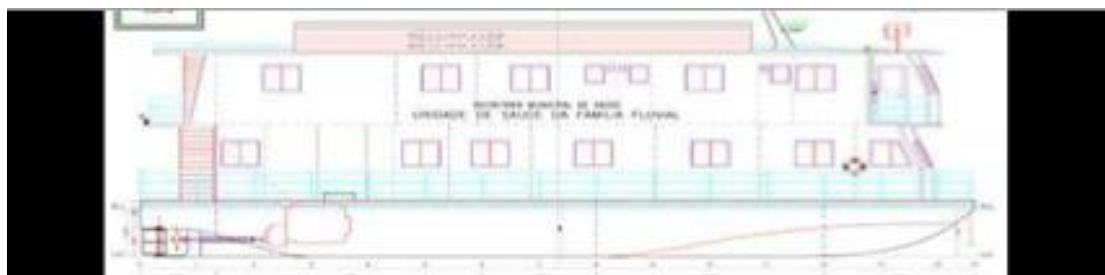


Figura 8 - Vista lateral da UBSF – Fonte: JR Express Boat



Figura 9 - Planta baixa do primeiro pavimento- atendimento UBSF– Fonte: JR Express Boat

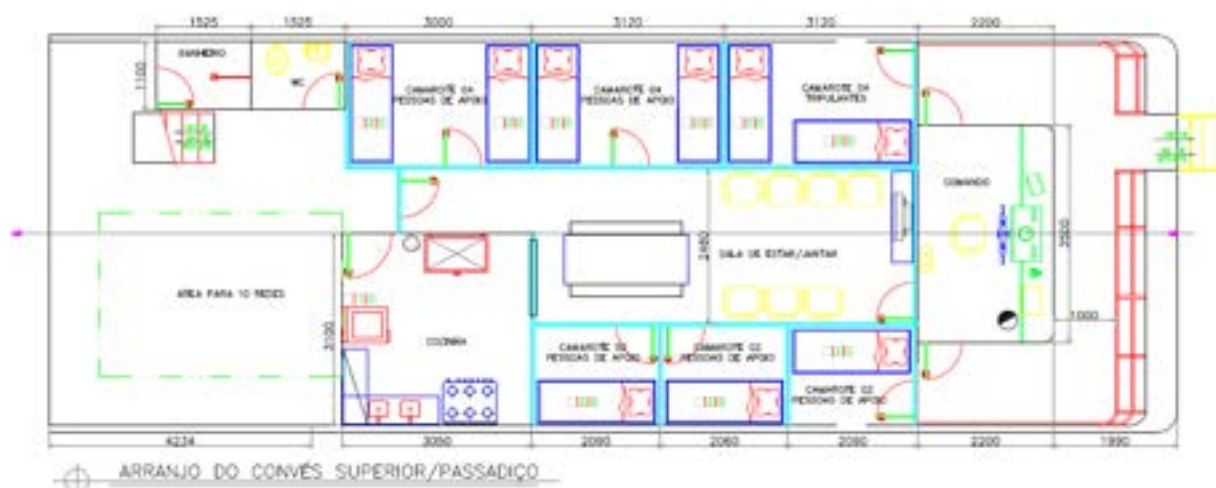


Figura 10 - Planta baixa do segundo pavimento: alojamento e área de convivência – UBSF. Fonte: JR Express Boat

8.2 Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde Fluviais

Conforme regulamentações do Ministério da Saúde (ver seção Marco Legal), as UBSF devem funcionar 20 dias por mês em jornadas de 8 horas diárias, visitando as comunidades de sua área de atuação regularmente com uma visita a cada 40 dias na área delimitada. Este período compreende o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação pode ficar ancorada, na sede do município ou em outras áreas determinadas, para que as equipes de saúde possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto a outros profissionais.



FIGURA 11: profissionais adicionais para população ribeirinha atendida pela UBSF.

A equipe que atua na embarcação, Equipe de Saúde da Família Fluvial, é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório, além dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011). Além desses profissionais e considerando a especificidade territorial da população ribeirinha, o município pode solicitar a ampliação da equipe inserindo profissionais como técnico de saúde oral, técnico de laboratório e ou microscopista, podendo ainda ser complementada com até outros dois profissionais da área de saúde de nível superior dentre

enfermeiros ou outros técnicos e profissionais previstos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos termos da Portaria nº 837 de 9 de maio de 2014.

Ao solicitar a ampliação da ESFF, o gestor municipal recebe um incentivo federal por categoria profissional da seguinte forma:

Profissionais	Nº máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
ACS	24	R\$1.014,00
Microscopistas	12	R\$1.014,00
Aux. ou técnico de Enf.	11	R\$1.500,00
Técnico em saúde bucal	1	R\$1.500,00
Profissional de nível superior dentre enfermeiros e/ou previstos na relação de profissões NASF	2	R\$2.500,00

A tripulação é constituída por um mestre de navegação fluvial, um marinheiro de máquinas, um marinheiro de convés e uma cozinheira, conforme determina a Capitania dos Portos, órgão responsável pela segurança da navegação fluvial. Este quadro pode variar a depender das características da embarcação e área navegada (ANEXO 3 - Especificações Técnicas CTS cartão de tripulação de segurança).

Ainda, de acordo com a Portaria 837 de 9 de maio de 2014, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico como implantação de unidades de satélites que podem facilitar os serviços de telessaúde e/ou solicitação de custeio para aquisição de embarcações de pequeno porte como parte da estrutura da UBSF tendo como finalidade o transporte exclusivo de profissionais a localidades não navegáveis como igarapés ou outros tipos de cursos de água.

Desta forma, o modelo de atenção à saúde e a linha de cuidado executada funcionam nos moldes de um Programa Saúde da Família itinerante, permitindo o acesso regular aos serviços da atenção básica como: pré-natal, PCCU, planejamento familiar, imunizações, saúde bucal, saúde da criança, saúde do adulto e prevenção e promoção à saúde; já que nas

dependências do barco, são realizadas consultas ambulatoriais, realizadas por médicos e enfermeiros, exames laboratoriais de rotina e urgência, pequenas cirurgias e procedimentos de enfermagem.

8.3 Da experiência da embarcação Abaré à criação das UBSF

No contexto de saúde da população ribeirinha e visando a melhoria da cobertura da Atenção Básica, desenvolveu-se o processo de criação da primeira unidade de saúde fluvial chamada "Abaré", nome indígena que significa "o amigo cuidador". O projeto foi fruto da iniciativa do terceiro setor, a ONG Projeto Saúde e Alegria (PSA), sediada em Santarém - Pará, em parceria com a ONG holandesa Terre dês Hommes (TDH).

Em 2006, com o início do funcionamento do Abaré, foi possível implementar de forma regular e sistemática os serviços de atendimento em saúde básica, inicialmente atendendo apenas às comunidades ribeirinhas da Flona Tapajós, município de Belterra. Em 2007, foram anexadas as comunidades ribeirinhas de Santarém e Aveiro, perfazendo um total de mais de 70 comunidades nas duas margens do rio Tapajós. Com este incremento e aumento de escala e, foi possível firmar parcerias com as secretarias de saúde dos três municípios, avançando, assim, a um modelo demonstrativo de oferta de serviços de atenção básica por meio de transporte fluvial que pudesse se tornar uma política pública para saúde na Amazônia.

O barco Abaré foi construído para enfrentar as condições amazônicas de secas e enchentes dos rios. Está equipado com sala odontológica e de obstetrícia, farmácia, instalações para exames clínicos básicos completos, além de dispor de instrumentos de comunicação e educação, com espaços para palestras e oficinas de capacitação.

Em um primeiro momento, os recursos da operação da embarcação eram praticamente 100% do terceiro setor (ONG). Mesmo cientes das dificuldades financeiras dos municípios para arcar com serviços assistenciais regulares e de qualidade nas extensas zonas rurais da Amazônia, as operações do Abaré sempre contaram com as parcerias das Prefeituras de Santarém, Belterra e Aveiro. As prefeituras encaminharam suas equipes de atendimento que se somavam ao quadro contratado pelo PSA (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem) para o difícil desafio de jornadas ininterruptas de atendimento e frequência de retorno a cada 40 dias durante todo ano.

Funcionando nos moldes de uma Equipe da Saúde da Família itinerante, o Abaré implantou programas de saúde da criança, saúde oral, imunizações, pré-natal, PCCU, planejamento familiar, atendimentos médicos e

ambulatoriais, exames de rotina e pequenas cirurgias. Soma-se ainda uma equipe de arteeducadores para realização de dinâmicas educativas de mobilização e prevenção como ações integradas e complementares às assistenciais.

Ao longo dos anos, os esforços conjuntos do PSA e Prefeituras começaram a dar bons resultados. Com o Abaré viabilizando o acesso regular aos serviços de saúde básica para mais de 15 mil ribeirinhos e executando mais de 20 mil procedimentos de saúde/ano, observou-se uma melhora significativa dos indicadores de saúde (redução da mortalidade infantil, elevação da cobertura vacinal, etc), além do aumento da resolutividade para 93%, o que significa somente 7 de cada 100 pacientes encaminhados em média aos centros hospitalares urbanos.

Abaré I - primeira ubsf com investimento e custeio do SUS (Foto: Ministério da Saúde, 2013).

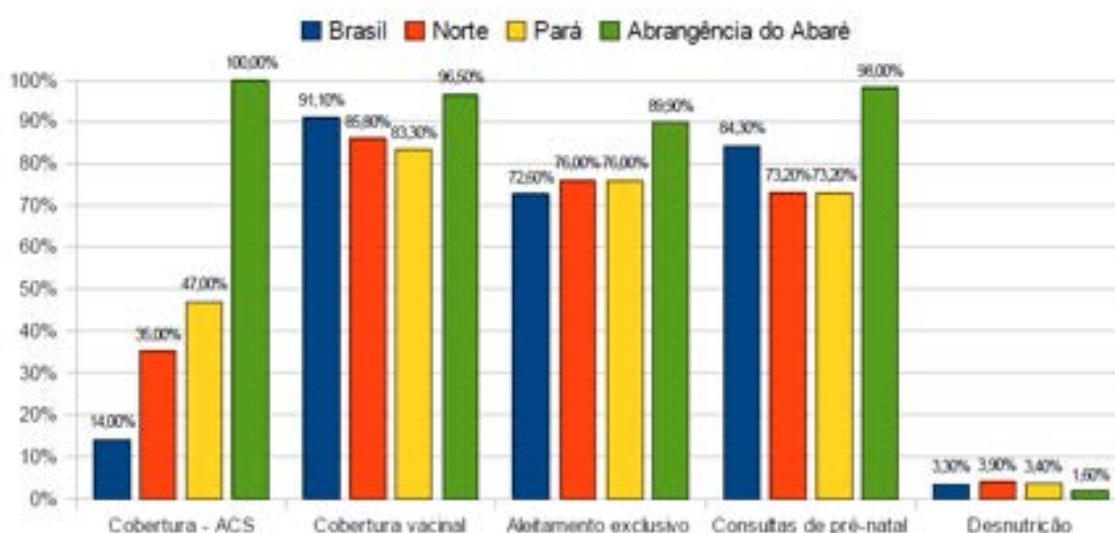


Figura 12 - resultados obtidos no Abaré (2006-2009). - Fonte: DATASUS 2009 e PSA.

Diante da experiência exitosa, o Abaré passou a ser objeto de estudo do Ministério da Saúde, para então desenvolver, a partir de 2010, uma política de saúde da família específica para ribeirinhos, através da publicação da Portaria nº 2191 de 3 de agosto de 2010, que criou a modalidade das Equipes de Saúde da Família Fluvial e as Unidades Básica de Saúde Fluviais para populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul, com objetivo de levar serviços regulares de saúde e prevenção para brasileiros que vivem em locais isolados.



8.4 Financiamento e custeio das UBSF

Para investimento na construção de uma UBSF, os valores repassados pelo Governo Federal somados às contrapartidas municipais variam de R\$1.600.000,00 (um milhão e seiscentos mil reais) a R\$2.054.000,00 (dois milhões e cinquenta e quatro mil reais). Os municípios com populações ribeirinhas da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul, com interesse em solicitar o recebimento do incentivo financeiro para construção de UBSF devem verificar, junto ao Ministério da Saúde, a previsão de abertura de cadastro de propostas para o programa, emendas parlamentares ou convênios. De uma forma prática, o município solicita e se candidata à construção de uma unidade de saúde fluvial, estes podem optar pelo projeto de referência disponibilizado pelo Ministério da Saúde, fazer adequações no projeto de referência ou elaborar projeto próprio. Nos dois últimos casos, os projetos devem ser respectivamente, validados ou assinados por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia e passarão por análise da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

O repasse do governo federal é feito por meio de ação orçamentária de investimento do fundo federal de saúde para o fundo municipal no valor de R\$ 1.889.000,00 (um milhão oitocentos e oitenta e nove mil). A Portaria no 3.410, de 13 de dezembro de 2017 habilita estados e municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense a receberem recursos referentes à construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Quando a UBSF construída estiver apta para funcionamento, o gestor deverá solicitar o seu credenciamento para o recebimento de custeio mensal. A Portaria n. 1.229, de 6 de junho de 2014, define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). O valor do incentivo mensal de custeio será repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde,

independentemente do número de equipes. Segue abaixo o valor de custeio de cada UBSF:

- R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as ESFF sem profissionais de saúde bucal;
- R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) por ESFF de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos;
- R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal; e
- R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por ESFF com equipe de Saúde Bucal de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos.

O passo a passo para acesso do gestor municipal ao custeio mensal está descrito no Anexo 2.

8.5 Marcos Legais

Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disposta no Anexo XXII; capítulo II Das Equipes de Saúde da Família; Seção III Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense e Seção IV Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

9. Relatório da Visita de Campo - RDS e APA do Rio Negro - 16 a 19/11/2020

9.1 Objetivo

Obter informações sobre morbi-mortalidade, acesso a serviços, educação continuada e estrutura de trabalho percebidas e sentidas por lideranças e profissionais de saúde comunitários por meio de estudo de caso na RDS e APA Rio Negro.

9.2 Localidades

1) RDS Rio Negro

- Área 102.979 ha
- Municípios: Manacapuru | Iranduba | Novo Airão
- Número de comunidades: 19

REGIONAL NEGRO-AMAZONAS

RESERVA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO RIO NEGRO

 102.979
área

 2.111
pessoas

 643
famílias

 19
comunidades
e localidades

 623
famílias
envolvidas
nas atividades
produtivas

 Iranduba,
Manacapuru e
Novo Airão
(municípios abrangidos)

 Madeira,
artesanato,
turismo e pesca
(cadeias produtivas e
atividades econômicas
prioritárias)

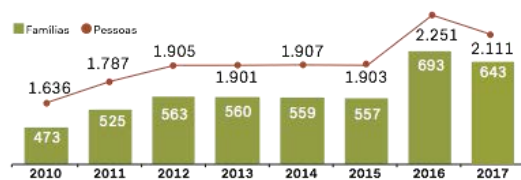


Gráfico 5. Total de famílias e pessoas beneficiadas

Ano	Bolsa Floresta Familiar	Geração de renda	Infraestrutura comunitária	Empoderamento	Total
2010	R\$ 282.350	R\$ 42.760	R\$ 99.097	R\$ 13.980	R\$ 438.187
2011	R\$ 285.200	R\$ 192.298	R\$ 183.885	R\$ 48.459	R\$ 709.842
2012	R\$ 291.300	R\$ 138.839	R\$ 103.741	R\$ 38.308	R\$ 572.188
2013	R\$ 293.500	R\$ 260.982	R\$ 138.823	R\$ 42.033	R\$ 735.338
2014	R\$ 293.700	R\$ 107.408	R\$ 88.685	R\$ 28.134	R\$ 517.927
2015	R\$ 284.350	R\$ 281.077	R\$ 130.260	R\$ 32.928	R\$ 728.614
2016	R\$ 375.350	R\$ 34.347	R\$ 65.581	R\$ 40.705	R\$ 515.984
2017	R\$ 375.700	R\$ 239.387	R\$ 201.942	0	R\$ 817.029
Total	R\$ 2.481.450	R\$ 1.297.098	R\$ 1.012.015	R\$ 244.547	R\$ 5.035.110

Tabela 4. Total de investimentos realizados

Bolsa Floresta Familiar Investimento médio anual na recompensa por serviços ambientais: R\$ 310.181,25
Geração de renda Investimento médio anual em projetos de geração de renda: R\$ 252.304,52
Empoderamento Investimento médio anual em ações de empoderamento: R\$ 79.128,20 Nível de participação nos espaços de planejamento e gestão 58%

Indicadores (2010 - 2017)

* O nível de comparecimento é um indicador de engajamento utilizado pela FAS e representa a relação entre o número de participantes e o número de convidadas das atividades realizadas. Valores acima de 100% demonstram que as expectativas de público foram superadas.

Figura 13 - Características demográficas e econômicas RDS Rio Negro, Fonte: Atlas do Desenvolvimento Sustentável, FAZ

RESERVA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO RIO NEGRO

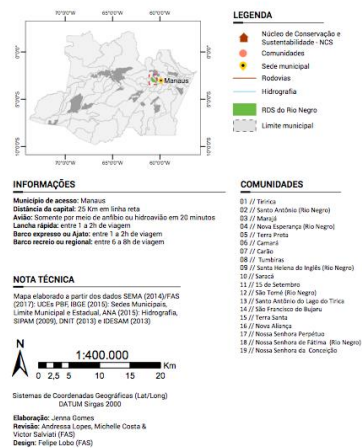


FIGURA 14: Características espaciais rDS Rio Negro, Fonte: Atlas do Desenvolvimento Sustentável, FAS

2) APA Rio Negro

- Área 586.422 ha
- Municípios: Novo Airão | Manaus
- Número de comunidades: 10

ÁREA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL DO RIO NEGRO

586.422
área

812
pessoas

212
famílias

10
comunidades
e localidades

198
famílias
envolvidas
nas atividades
produtivas

**Manaus e
Novo Airão**
(municípios
abrangidos)

**Turismo e
artesanato**
(cadeias produtivas e
atividades econômicas
prioritárias)

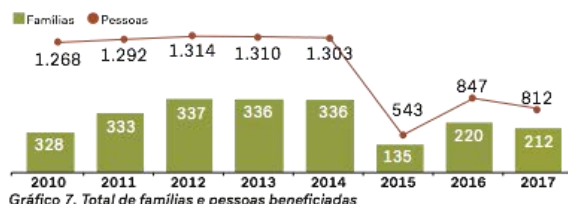


Gráfico 7. Total de famílias e pessoas beneficiadas

Ano	Bolsa Floresta Familiar	Geração de renda	Infraestrutura comunitária	Empoderamento	Total
2010	R\$ 145.600	0	0	0	R\$ 145.600
2011	R\$ 196.950	0	0	0	R\$ 196.950
2012	R\$ 196.800	0	0	0	R\$ 196.800
2013	R\$ 197.250	R\$ 36.099	0	0	R\$ 233.349
2014	R\$ 185.150	0	0	0	R\$ 185.150
2015	R\$ 100.800	0	0	0	R\$ 100.800
2016	R\$ 82.450	0	0	0	R\$ 82.450
2017	R\$ 119.950	0	0	0	R\$ 119.950
Total	R\$ 1.224.950	R\$ 36.099	0	0	R\$ 1.261.049

Tabela 6. Total de investimentos realizados

Bolsa Floresta Familiar Investimento médio anual na recompensa por serviços ambientais: R\$ 153.118,75
Geração de renda Investimento médio anual em projetos de geração de renda: R\$ 65.000,00

Indicadores (2010 - 2017)

NOTAS TÉCNICAS

Em 2013, mesmo sem convênio específico com a FAS, foram apoiadas atividades do Fórum de Turismo de Base Comunitária na APA do Rio Negro, consideradas estratégicas para o diagnóstico das potencialidades locais.

O acesso às informações de geração de renda, melhoria da infraestrutura social (Social) e empoderamento (Associação) se dá mediante a aceleração de convênios entre a FAS e a Associação-mãe que representa a unidade de conservação. AAPA do Rio Negro foi criada em 1995, mas ainda não possui Associação-mãe constituída.

Figura 15 - Características demográficas e econômicas APA Rio Negro, Fonte: Atlas do Desenvolvimento Sustentável, FAS.

ÁREA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL DO RIO NEGRO



INFORMAÇÕES
Município de acesso: Manaus
Acesso: somente por meio de avião ou hidroavião em 20 minutos
Lancha rápida: entre 1 a 2h de viagem
Barco expresse ou Rápido: 7 a 30h de viagem
Barco recreio ou regional: entre 4 a 7h de viagem

NOTA TÉCNICA
Mapa elaborado a partir dos dados SEDMA (2016)/FAS (2017), UCFA PRB (2015), Sedes Municipais, Limite Municipal e Estadual, APA (2015). Hidrografia, SIFAM (2009) e DNIT (2013)

LEGENDA
● Nucleo de Conservação e Sustentabilidade - NCS
● Comunidades
● Sede municipal
— Rodovias
— Hidrografia
— APA do Rio Negro
— Limite municipal

COMUNIDADES
01 // São Sebastião Cuatrecasas
02 // Três Unidos (Albino)
03 // São Tereza (Indígena)
04 // Maravilha
05 // Monte Sinal do Igarapé Apó
06 // Nova Jerusalém
07 // Nova Canal do Arari
08 // Costa de Idem
09 // Santa Isabel
10 // Nova Alencar



FIGURA 16: Características espaciais RDS Rio Negro, Fonte: Atlas do Desenvolvimento Sustentável, FAS.

9.3 Atividades desenvolvidas

1) Comunidade Tumbira (Município Iranduba) - 16 a 18/11/2020

- Observação participante durante a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) promovido por FAS, CETAM e Embaixada da França.
- Realização de entrevista com líderes comunitários, ACS e Coordenador de Atenção Básica do Município de Iranduba.
- Aplicação de questionários aos ACS.
- Visita guiada pela comunidade.

2) Comunidade Três Unidos (Município Manaus) - 18 a 19/11/2020

- Realização de entrevistas com Agente Indígena de Saúde e cacique da comunidade.
- Realização de entrevista com os técnicos de enfermagem da comunidade.
- Aplicação de questionários.

9.4 Metodologia

O estudo de caso tem como objetivo analisar e entender um fenômeno a partir da perspectiva das pessoas envolvidas. Ele se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade de um todo e a qual pretende-se uma análise mais profunda (Godoy, 1995). Considerando que o ponto de vista dos profissionais que atuam nas comunidades são relevantes para o diagnóstico da rede de atenção à saúde à população ribeirinha e indígena, optou-se pela análise de informações obtidas a partir do contexto das comunidades que serão beneficiadas com o estudo.

Para realização desta etapa do estudo de caso, foi feita visita de campo às localidades descritas e utilizou-se três métodos para obtenção de informações qualitativas acerca da percepção dos ACS, AIS, Técnicos de Enfermagem e lideranças comunitárias sobre os morbi-mortalidade, acesso a

serviços, educação continuada e estrutura de trabalho: (a) observação de campo, (b) realização de entrevistas e (c) aplicação de questionários.

Os dados foram levantados através de questionários próprios (anexo 1) elaborados pela equipe de pesquisadores designados para condução deste estudo e destinados aos ACS, AIS, microscopistas, técnicos de enfermagem e lideranças comunitárias. Além dos questionários, muitos dos que responderam os questionários e o coordenador de Atenção Básica do Município de Iranduba foram entrevistados.

Os questionários utilizados foram divididos em cinco partes:

- (1) Morbi-mortalidade percebida - informações percebidas sobre do que adoecem e como morrem as pessoas na comunidade;
- (2) Atenção à Saúde - informações percebidas sobre acesso e problemas no sistema de saúde;
- (1) Determinantes e Promoção à Saúde - informações percebidas sobre causas determinantes de adoecimento e meios de promoção à saúde;
- (2) Educação permanente e continuada - informações melhorias na oferta de cursos e capacitações voltados para ACS e AIS;
- (3) Recurso e Insumos para trabalho - informações sobre recursos e insumos que poderiam ajudar a fortalecer o trabalho dos ACS e AIS.

9.5 Região Metropolitana de Manaus

A região metropolitana de Manaus é considerada a maior área territorial metropolitana brasileira com 101.474 km². Sua população é superior a 2,5 milhões de habitantes. Criada pela Lei Complementar Estadual no 52, de 30 de maio de 2007, a região reúne oito municípios em processo de conurbação, sendo eles Manaus, Iranduba, Careiro da Várzea, Rio Preto da Eva, Manacapuru, Novo Airão, Itacoatiara e Presidente Figueiredo. A metrópole sozinha representa 60% da população do estado do Amazonas e cerca de 14,4% da população de toda a região Norte.⁵

De acordo com último censo demográfico (2010), a população residente na área rural da região metropolitana de Manaus é composta por 130.426 indivíduos. A cobertura dos serviços de Atenção Primária é realizada por meio

5 Plano Estadual de Saúde Amazonas - 2016-2019, SUSAM. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/AM_Planos%20estaduais_2016-2019.pdf Acesso em: 11 mai. 2022.

de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e/ou fluviais. É esperado que cada localidade rural possua uma UBS de referência que não necessariamente possa estar próxima a sua residência. Somente no município de Manaus, por exemplo, soma-se 64 localidades dispersas entre comunidades e igarapés as quais têm como referência 11 UBS.⁶

9.6 Rede de atenção à saúde no município de Iranduba e Manaus

De acordo com o Coordenador de Atenção Básica do município, das 23 Equipes de Saúde contratadas, 13 delas são consideradas Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, sendo todas elas cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). AS ESFR são equipes ampliadas, possuem profissionais diferenciados, mais técnicos e microscopistas.

A zona rural de Iranduba possui um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), 19 UBS e seis casas de suporte. Apesar do preconizado pelo Ministério da Saúde ser 1 ACS/750 pessoas, por conta da dispersão territorial e logística, o município reduzia para 1 ACS/300 pessoas.

As consultas especializadas são marcadas na central de regulação na própria UBS. Quanto ao tempo de espera, uma ressonância, por exemplo, costuma demorar de seis a oito meses, já as consultas são rápidas quando acontecem no município. Os acidentes acometidos na RDS vão para Manaus pelo atendimento ser mais rápido. Caso os ribeirinhos tenham uma consulta em Manaus, geralmente vão por conta própria - R\$ 200,00/pessoa é o valor médio. De acordo com o coordenador, muitos pacientes acabam desistindo da consulta por não terem recursos financeiros para o deslocamento.

Há uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) adquirida e pronta, mas ainda não há equipe contratada, por isso, não está em funcionamento. O problema relatado é que não há custeio para equipe exclusiva para unidade fluvial pois ainda não conseguiu credenciá-la para obter o incentivo federal. Já possui tripulação. Para o coordenador de saúde, a UBSF trará consideráveis vantagens para o município: custeio maior, oferta de odontologia, pois há consultório e laboratório na embarcação, além de consultório médico, de enfermagem, de curativo, de vacina e farmácia, estrutura que não existe hoje para atender aos ribeirinhos.

No caso da comunidade de Tumbira (120 pessoas), a UBS de referência está localizada em outra comunidade, no Lago da Cajatuba. Em Tumbira, há um técnico de enfermagem, um ACS e um microscopista. Quando precisam de

6 Informações da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Manaus. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/ubs-fluviais/comunidades-atendidas/> Acesso em: 11 mai. 2022.

ajuda do enfermeiro da UBS o fazem via WhatsApp. Em caso de emergência, encaminham diretamente para Manaus.

9.7 Resultados e discussão

Ao todo, foram aplicados 13 questionários. Ressalta-se que para todos os questionários, as respostas eram abertas, portanto as respostas serão replicadas o mais próximo da linguagem utilizada pelo público que os responderam.

QUESTIONÁRIO 1 - MORBI-MORTALIDADE

De que adoecem?	Total de pessoas que mencionaram	Do que morrem?	Total de pessoas que mencionaram
GRIPE	8	MORTE NATURAL	2
DIARRÉIA	8	COVID	6
AC. TRABALHO	1	AVC	4
AC. OFÍDICO	2	CÂNCER	4
MORD. CACHORRO	1	DIABETE	3
HIPERTENSÃO	10	INFARTO	5
DIABETE	9	ACIDENTE	2
ALCOOLISMO	1	HIPERTENSÃO	2
DROGAS	1	H1N1	1
INFC. URINÁRIA	2	CIRROSE	1
AVC	1		
CISTO/MIOMAS	2		
OBESIDADE	4		
MALÁRIA	5		
CANCER	2		
ESTÔMAGO	2		
VERMINOSE	1		
COVID	3		
IDADE AVANÇADA	3		
ALERGIA	1		
RINITE	1		
REUMATISMO	2		
PICADA ARRAIA	1		

QUESTIONÁRIO 2 - ATENÇÃO À SAÚDE

ONDE/QUEM PROCURAM QUANDO ADOECEM	TOTAL	ONDE OS PROBLEMAS DE SAÚDE SÃO MELHORES RESOLVIDOS	TOTAL	QUAL TIPO DE ATENDIMENTO É SATISFATÓRIO	TOTAL
ENFERMEIROS	9	UBS	3	UBS	3
MICROSCOPISTA	2	MÉDICO	3	ENFERMEIROS	3
MANAUS	7	EQUIPE SAÚDE	4	MUNICÍPIO	2
UBS	6	DENTISTA	1	MÉDICO	1
MUNICÍPIO	7	MANAUS	3	MICROSCOPISTA	1
EQUIPE DE SAÚDE	2	MUNICÍPIO	3	HOSPITAL	3
COMUNIDADE	2	HOSPITAL	4	PSICÓLOGOS	1
MÉDICO	3	ESPECIALISTAS	1	COMUNIDADE	1
AGENTE DE SAÚDE	3	REZADOR	3	MANAUS	3
CLÍNICA PARTICULAR	2	CLÍNICAS PARTICULARES	2	DENTISTA	1
REZADOR	3				
DENTISTA	1				

PROBLEMAS NOS ATENDIMENTOS DA EQUIPE DE SAÚDE						
FALTA DE MEDICAMENTOS	FALTA DE EQUIPAMENTOS PARA EXAMES	FALTA DE INSUMO	FALTA DE TRANSPORTE	FALTA DE ESPECIALISTAS	FALTA DE PROFISSIONAIS	FALTA DE EQUIPAMENTOS
12	2	6	6	2	1	4

INTERNAÇÃO NO HOSPITAL - CONSIDERAÇÃO SOBRE O ATENDIMENTO					
CATEGORIA	MUITO BOM	BOM	MÉDIO	RUIM	ELEVADO
COMUNICAÇÃO ORAL	1	6	2	1	
ACOMPANHAMENTO FAMÍLIA	3	6	1	2	
TRATAMENTOS	1	10			
CUIDADOS DO PESSOAL DE SAÚDE	1	7		1	
GASTOS PESSOAIS					7
OUTROS				alimentação para acompanhante	

QUESTIONÁRIO 3 - DETERMINANTES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O QUE GERA SAÚDE	TOTAL	O QUE NÃO É BOM PARA A SAÚDE	TOTAL	COMO O AGENTE DE SAÚDE CONTRIBUI PARA A SAÚDE	TOTAL
MENOS POLUIÇÃO	3	OBESIDADE	4	REUNIÃO COM JOVENS	4
ATIV. FÍSICA	11	ALIMENTAÇÃO INADEQUADA	3	TRABALHO NA ESCOLA	2
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	10	INDUSTRIALIZADOS	2	ORIENTAÇÃO PARA AS MÃES	3
NÃO DEIXAR ÁGUA PARADA	1	TRISTEZA	1	ORIENTAÇÃO FAMILIAR	9
LIMPEZA DA COMUNIDADE	3	LIXO NA COMUNIDADE	4	PREVENTIVOS DE NATALIDADE	1
HIGIENE PESSOAL	1	ÁLCOOL	4	LIMPEZA DA COMUNIDADE	6
VISITAS DOMICILIARES	1	DOCE	1	TRATAMENTO DA ÁGUA	2
RODA DE CONVERSAS	1	QUEIMADAS	1	PREVENÇÃO DE DOENÇAS	7
SAÚDE BUCAL	1	DESMATAMENTO	1		
		DROGAS	3		
		ÁGUA NÃO TRATADA	1		

QUESTIONÁRIO 4 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E/OU CONTINUADA

COMO O AGENTE DE SAÚDE APRENDE E ATUALIZA SEUS CONHECIMENTOS	TOTAL	O QUE PODERIA MELHORAR	TOTAL
CAPACITAÇÃO 4/4 ANOS	1	CURSO DE PRIMEIROS SOCORROS	8
CONSULTA ENFERMEIRO	5	MAIS CAPACITAÇÕES	7
CAPACITAÇÃO CETAM	2	CURSOS TÉCNICOS	6
NA UBS	2	CURSO DE ÉTICA	5
FORMAÇÃO AIS	1		
CAPACITAÇÃO 1 OU 2X ANO	5		
PESQUISA INTERNET	6		
TRABALHO EM EQUIPE	3		
FORMAÇÃO DE ACS	2		

QUESTIONÁRIO 5 - RECURSOS E INSUMOS

RECURSOS QUE PODERIAM AJUDAR NO TRABALHO DO AGENTE DE SAÚDE	TOTAL	O QUE NÃO PODE FALTAR EM UM GUIA DE SAÚDE	TOTAL
TER UM LOCAL DE TRABALHO	2	PRIMEIROS SOCORROS	4
BARCO	7	SAÚDE E EDUCAÇÃO	1
MOTOR	7	MEIO AMBIENTE	1
EQUIP. PROTEÇÃO SOLAR/CHUVA	4	IST	1
INTERNET	10	VETORIAIS	1
UNIFORME	4	DOENÇAS CRÔNICAS	1
MATERIAL PARA PALESTRAS	1	ALIMENTAÇÃO	1
LIVROS	1	CONDUTA INICIAL	5
INSUMOS PARA CURATIVOS	2	PAPEL DO AGENTE DE SAÚDE	4
BALANÇA	4	MAPA DAS COMUNIDADE	2
APARELHO DE MEDIR GLICOSE	4	TRANSPORTE DO PACIENTE	1
BICICLETA	1	USO DE PLANTAS MEDICINAIS	2
MOTOR	2	ÉTICA	3

Primeiramente, devemos considerar que os questionários foram respondidos por ACS, AIS, microscopistas e técnicos de enfermagem, que também ocupam papel de líderes comunitários. A exceção foi a resposta de um questionário respondido pela presidente da associação local e professora da comunidade. Deste modo, o ponto de vista é enviesado por suas atribuições e práticas profissionais. As informações obtidas terão como objetivo um entendimento, sobretudo, da rotina destes profissionais e como percebem o processo saúde-doença dentro de suas comunidades.

A percepção sobre as doenças que mais impactam a comunidade estão centradas em quatro enfermidades destacadas a seguir por ordem de gravidade: hipertensão, diabetes, diarreia, gripe e malária. Ressalta-se que o acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos é uma atividade designada aos ACS e AIS da localidade. Quanto à mortalidade, a Covid-19 destaca-se dentre outras causas. Nas entrevistas, era comentado que antes da pandemia não havia mortes de pessoas mais jovens e também não foi relatado nenhum óbito infantil ou materno.

A referência aos ACS e AIS quando há alguma doença na comunidade são os enfermeiros da UBS como demonstrado no questionário e relatado em entrevistas. Há pouca comunicação com médico, embora seja bastante valorizado enquanto profissional que soluciona o problema. Também consideram que a equipe de saúde e o hospital são mais resolutivos e consideram os serviços ofertados na cidade de Manaus mais satisfatórios, pois resolvem os problemas que vão além da atenção básica. Além disso,

consideram o atendimento hospitalar bom, a não ser em termos de gastos pessoais que consideram elevados.

Quanto ao atendimento das equipes de saúde, a maior queixa é em relação à falta de medicamentos, seguida por problemas de transporte e insumos. Observou-se nas falas durante a capacitação, bem como durante as entrevistas, que os ACS não dispõem de uma pequena farmácia local e ainda há falta de medicamentos nas UBS. No caso do AIS (Três Unidos), gestão do DSEI, esse problema não foi sentido. Ao contrário, o AIS relatou fazer bastante uso dos medicamentos ainda que a medicalização não seja sua atribuição. Relatou que por trabalhar há mais de 20 anos como AIS possui experiência e conhecimento daquilo que pode ser usado e pela distância territorial não há tempo hábil para aguardar um atendimento médico.

O transporte também apareceu como uma questão problema para os ACS. De acordo com suas falas e questionário, os ACS precisam andar longas distâncias ou visitar outras comunidades que exigem o deslocamento fluvial ou pela estrada. Dentro da comunidade ou entre comunidades de conexão terrestre, o AIS faz esse deslocamento a pé. No caso de deslocamento fluvial, geralmente utilizam de um barco próprio, motor “rabeta”. A prefeitura custeia 15 litros de combustível por mês para os ACS, contudo essa distribuição é igual a todos independente do raio de atuação do profissional o que gera certo conflitos diante da inequidade na distribuição de combustível. Mencionaram também melhorias no atendimento com a recente aquisição de barcos pela prefeitura em parceria com a FAS. Há de se destacar que nas comunidades “na estrada”, os profissionais não possuem meios de deslocamento e chegam a andar 25 km para atender 250 pessoas. Na comunidade indígena, esse problema não foi sentido, já que possuem à disposição dos profissionais, barco e combustível custeado pelo DSEI Manaus.

De acordo com a resposta dos ACS, os determinantes de saúde estão muito relacionados à alimentação e cuidados pessoais com o corpo como atividades físicas. Consideram ainda que o álcool, a obesidade e o lixo na comunidade prejudicam a saúde. Os fatores destacados estão muito relacionados às práticas comportamentais. Consideram que enquanto os ACS podem contribuir para gerar saúde, principalmente por meio de orientações que são dadas por meio das visitas domiciliares e reuniões com jovens.

A principal forma de atualização de conhecimento para os ACS é a pesquisa na internet, seguida de consulta com enfermeiros e capacitações. Os ACS reclamam muito que possuem poucas capacitações, já o AIS mencionou um programa mais robusto de treinamentos com equipes do DSEI. Na visão dos ACS e AIS, a maior necessidade é a promoção de capacitação para primeiros socorros, pois como estão muito longe de centros urbanos,

sentem-se muito inseguros e com responsabilidade sobre o paciente que pode não receber cuidado em tempo oportuno. Também mencionam a necessidade de cursos mais técnicos - a maioria almeja tornar-se técnicos de enfermagem - e curso de ética, pois mencionam sentir necessidade de conhecer melhor o que um ACS pode ou não pode fazer.

A maior demanda por recursos que pode melhorar o trabalho é via internet. É pelo WhatsApp que conversam com o enfermeiro da UBS e também consultam o Google quando desconhecem um problema. Mencionam também a necessidade por motor e barco, uniforme e equipamentos para proteção na chuva e sol, além de balança e glicosímetro.

Certamente, há necessidade de uma maior orientação e formação para os ACS. O papel do ACS é marcado pelo fato de representarem a única fonte contínua de cuidados nos intervalos de viagem das equipes de saúde lotadas na UBS daquele território. Como resultado, a maioria de suas atividades são realizadas de forma autônoma e são, muitas vezes, amplamente desconhecidas da equipe como um todo, a não ser pelo técnico de enfermagem que vive na comunidade. Essa responsabilidade sentida pelos ACS gera ansiedade e insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem.

Embora os ACS sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes biomédicos, ainda falta muita clareza na definição do papel do ACS. Um lado positivo do trabalho dos ACS é, sem dúvidas, a proximidade com as famílias. Conhecem todas elas e os problemas de saúde que acometem seus membros. Contudo, muitos dos cuidados ofertados estão baseados em senso comum.

Ainda sobre o aspecto importante do papel do ACS, é ele quem estabelece o elo entre saber popular de saúde, dinâmica social da comunidade onde habitam e conhecimento biomédico. Esses três fatores integrados o permitem alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população que nenhum outro profissional seria capaz. Ao observar a dinâmica da capacitação dos ACS da Reserva Rio Negro, quando uma série de conhecimentos biomédicos lhes eram repassados, atentei-me ao fato de que o ACS era um *tradutor* de mundos. Foi notório, durante o curso, que a medida em que o conhecimento científico lhes eram repassados, logo os ACS os traduziam para um conhecimento popular, remetendo a exemplos de como determinada doença era tratada naquela comunidade ou mesmo discorriam sobre como determinada doença e/ou agravo impactava a comunidade a partir do conhecimento das redes e dinâmicas sociais implicadas naquele contexto e comunidade.

Deste modo, sua tarefa correspondia ao que determinam as orientações do Ministério da Saúde quando afirmam que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” ao mesmo tempo que devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Caso essa partilha de conhecimento que é de mão dupla, de fato ocorra, isto facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no processo saúde-doença das pessoas da comunidade, assim como também facilitaria o planejamento de estratégias mais eficazes no âmbito tanto das ações de rotina das equipes de saúde da família, quanto na adesão às recomendações médicas.

9.8 Conclusão

Dentre os principais problemas destacados, observou-se a necessidade de capacitar e prover os ACS e técnicos de enfermagem de maiores meios e recursos de atuação, considerando a distância que estão da UBS e de outros centros urbanos. Para tanto, é factível que se promova, a curto prazo, um curso de primeiros socorros para ACS e que eles tenham consigo alguns instrumentos de primeiros socorros como talas, pinças, tesouras, medicamentos etc. Além disso, as capacitações sobre temas diversos podem ser mais frequentes, o que possibilitaria maior segurança e interação dos ACS com outros profissionais.

Além disso, é imprescindível a aquisição de materiais para realizarem seu trabalho como um colete, botas, capa de chuva, além de um meio de transporte adequado para realização das visitas domiciliares, o que poderia ser uma bicicleta. Por fim, sugere-se que a adequação de uma sala que pudesse servir de referência para que o ACS e técnico pudessem guardar seus pertences e trabalhar. De maneira geral, deve-se levar em consideração a dinâmica relacional comunitária que se desenvolve em torno do ACS e prover a criação de meios que os permitam exercer seu papel com maior segurança frente à comunidade e também frente aos outros profissionais da equipe.

Quanto aos outros serviços de atenção primária ofertados pelo município, espera-se que com o cadastramento da ESFR, a UBF comece a operar um aumento ao acesso aos serviços de rotina, como os de prevenção e pré-natal.

10. Avaliação preliminar dos serviços ofertados pela rede de atenção à saúde dos ribeirinhos

10.1. Avaliação dos serviços prestados pela UBSF

A implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) preconiza certa inovação no campo do acesso aos serviços de saúde pela população rural na Amazônia, uma vez que a estratégia tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde⁷ (GARNELO, 2019). Além disso, a boa estrutura nestas unidades oferece às equipes de saúde melhores condições de trabalho e alojamento.

De acordo com estudo (GARNELO et al, 2020), conduzido entre julho de 2017 a julho de 2019, em localidades ribeirinhas às margens do Rio Negro entre os municípios de Manaus e Novo Airão, observou-se que os serviços ofertados pela UBSF têm um papel fundamental na cobertura e resolutividade da Atenção Primária à Saúde, pois consegue acomodar de forma efetiva a demanda espontânea, por meio da oferta direta de ações de atenção básica, ou mesmo porque viabiliza exames laboratoriais e o agendamento de atendimento especializado em tempo oportuno.

Entre as ações que potencializam o acesso à saúde, destaca-se a assistência farmacêutica e laboratorial oferecida na UBSF. Geralmente, as unidades básicas de saúde não contam com assistência farmacêutica integral. Já a UBSF, estudada na pesquisa citada, possui um serviço de farmácia e um leque de medicamentos mais amplo do que o habitualmente disponível na rede de APS, e fornece, por exemplo, medicamentos que estariam disponíveis apenas em unidades especializadas, como psicotrópicos.

Além disso, a implementação de laboratório de análises clínicas nas instalações da UBSF reflete uma ampliação da atuação das equipes de saúde da família que é muito pertinente ao contexto amazônico. A maioria das UBS terrestres não possui instalações e profissionais de laboratório, exigindo da população tempos de espera mais longos para coletar e receber resultados de exames, exigindo o deslocamento custoso até centros urbanos.

⁷ Cabe salientar que a população alvo dessas unidades são os ribeirinhos, povos tradicionais que produzem para sua subsistência e vivem da caça e pesca artesanal, coleta dos produtos da floresta, plantio de mandioca e lavouras regionais, sendo muito baixa a circulação de moeda, apesar do incremento de alguns benefícios federais como o Programa Bolsa Família e aposentadorias rurais.

Ainda em referência ao estudo supracitado, um dos melhores resultados de efetividade diz respeito às consultas e exames de pré-natal. A adequação da estrutura da UBSF para oferta destes serviços demonstrou possuir 94,6% dos itens requeridos, enquanto a média nacional em UBS comuns é de 26% e na região norte de 18%. Diante disso,

"todos os medicamentos necessários e laboratório para exames de pré-natal estavam disponíveis na UBSF e 94,6% das gestantes elegíveis para as doses de vacinação foram atendidas. Das gestantes cadastradas, 98,9% delas realizaram os exames laboratoriais preconizados. Vale ressaltar que o teste VDRL foi realizado em 100% das gestantes cadastradas na unidade móvel, em contraste com 69,5% na rede de APS da Amazônia brasileira." (GARNELO et al, 2020: 12, tradução livre)

Contudo, o cumprimento das sete consultas preconizadas para a gravidez só foi observado por 62,4% das gestantes, menor que a taxa de 73% encontrada para o Brasil. Isto ocorre essencialmente porque devido à escala de funcionamento das UBSF - 21 a cada 60 dias - nem sempre é possível realização de consultas no primeiro trimestre de gravidez ou pós-parto que se limita a semana seguinte do parto.

Geralmente, o tempo que leva mesmo para a equipe itinerante terrestre visitar a parturiente excede o intervalo preconizado para este tipo de consulta. Ainda assim, de acordo com o estudo em referência, a assistência pré-natal oferecida pela UBSF é comparável em qualidade e eficácia aos resultados observados em unidades básicas de saúde urbanas, que é adequada para gestações normais sem complicações clínicas, apesar da característica itinerante da unidade móvel.

A disponibilidade regular de serviços itinerantes, como os ofertados pela UBSF, tem o potencial de transformar a relação da população rural na Amazônia com o sistema de saúde. De maneira geral, o acesso aos serviços de Atenção Básica oferecido para essas populações aumentou consideravelmente. No entanto, ainda existem barreiras para o acesso ao cuidado continuado, planejado de acordo com as especificidades locais, bem como dificuldades de acesso aos serviços especializados.

Alguns desafios que devem ser observados são: a insuficiência de repasses financeiros e necessidade de adaptações ao fluxo assistencial e a má organização de rotinas de trabalho. Ainda, faltam mecanismos de arrecadação

compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas em municípios do tamanho de países, com dificuldades de comunicação, de transportes e de interiorização das equipes de saúde. São ainda localidades que apresentam diferentes perfis de morbimortalidade (GAMA, 2018; BOAS, 2016; OLIVEIRA, 2013) se comparados ao resto do país, além do baixo investimento em infraestrutura e saneamento básico.

10.2. Diagnóstico situacional da cobertura da AB

Estudos indicam grande limitação na oferta, acesso e gestão dos serviços de saúde no estado do Amazonas. Considerando os estudos apresentados sobre Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstrados na seção de perfil epidemiológico, observa-se que no estado do Amazonas prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

As desigualdades entre necessidades de saúde e distribuição de serviços tem uma relação direta com o acesso e a qualidade dos serviços característicos da Atenção Básica. De acordo com estudo realizado (GUIMARÃES et al, 2018) a partir de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), obtidos entre 2013 e 2014, a cobertura nacional do acesso à Atenção Primária na Amazônia Legal é de 8,3%, sendo no estado do Amazonas de 60,5%. A baixa cobertura no estado tem como principal causa apontada a barreira de acesso geográfico conjugada com outros fatores, tais como as limitações na organização e acesso ao serviço de saúde, considerando a baixa renda, dispersão geográfica e grandes distâncias que caracterizam em especial a população rural.

A partir da análise dos dados do Programa em referência, observou-se que dentre as principais limitações em termos de organização dos serviços, destaca-se a dificuldade no acolhimento da demanda espontânea, demora no agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento. Ainda, as dificuldades apontadas podem estar relacionadas a outro dado obtido por meio do estudo: o estado do Amazonas possui a maior concentração de internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

Em consonância e em complementação aos estudos citados, em uma outra pesquisa realizada (ALBUQUERQUE et al, 2019) em seis regiões de saúde classificadas com diferentes níveis de desenvolvimento no Brasil e com o propósito de avaliar o desempenho da regionalização da vigilância em saúde, a região de saúde de Manaus e Alto Rio Negro apresentou desempenho

insatisfatório em todas as dimensões de análise do estudo, a saber: política, estrutura e organização. Segundo os autores, o desempenho insatisfatório dessa região de saúde decorre, possivelmente, dos já mencionados fatores geográficos e estruturais.

Ainda, um grande número de pessoas nunca teve acesso aos cuidados dentários, somando cerca de 16,6% da população.

10.3. Distribuição de médicos

Em estudo (SILVEIRA, PINHEIRO, 2014) que analisa os indicadores de distribuição de médicos na Região Norte constatou-se que, dentre as regiões do Brasil, o Norte apresentou menor número de médicos (1/1000 hab.) e a maior disparidade de disponibilidade desses profissionais nas grandes e médias cidades (2,5 / 1000) em relação à zona rural (0,4 / 1000), sendo que o interior do Amazonas possui a menor distribuição (0,2 / 1000). De acordo com o estudo, o local que mais necessita de médicos no Brasil é o interior da Amazônia.

Em pesquisa mais recente denominada *Demografia Médica no Brasil 2018* (SCHEFFER, 2018), feita pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), os indicadores permaneceram bem semelhantes. O estudo apontou uma média nacional de 2,18 médicos por mil habitantes. Enquanto algumas em algumas capitais brasileiras, como Vitória, no Espírito Santo, existem 12 médicos por mil habitantes, no interior das regiões Norte e Nordeste, há menos de um médico por mil habitantes. O Sudeste é a região com maior densidade médica, cerca de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste.

Considerando a relação de 1 (um) médico para cada mil habitantes citada como idealmente mínima pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o interior do Amazonas possui 5 vezes menos médicos do que o recomendado.

Desde 2010, houve aumento de aproximadamente 100 mil médicos no Brasil (SCHEFFER, 2018), contudo, a chegada de novos profissionais ainda não alterou de maneira significativa as antigas desigualdades de distribuição geográfica: houve acréscimo de médicos em todas as regiões, mas eles se mantiveram concentrados nos mesmos lugares. Embora tenha ocorrido relativa pulverização dos cursos de Medicina para o interior do país, ainda é baixa a influência de escolas do interior em fixar os médicos, depois de formados, no local onde estudaram ou em outras cidades do interior.

Ressalta-se que, de acordo com a pesquisa *Demografia Médica 2018*, 43% das vagas de Medicina ainda estão nas capitais, as quais também são o destino de boa parte dos médicos formados nos interiores.

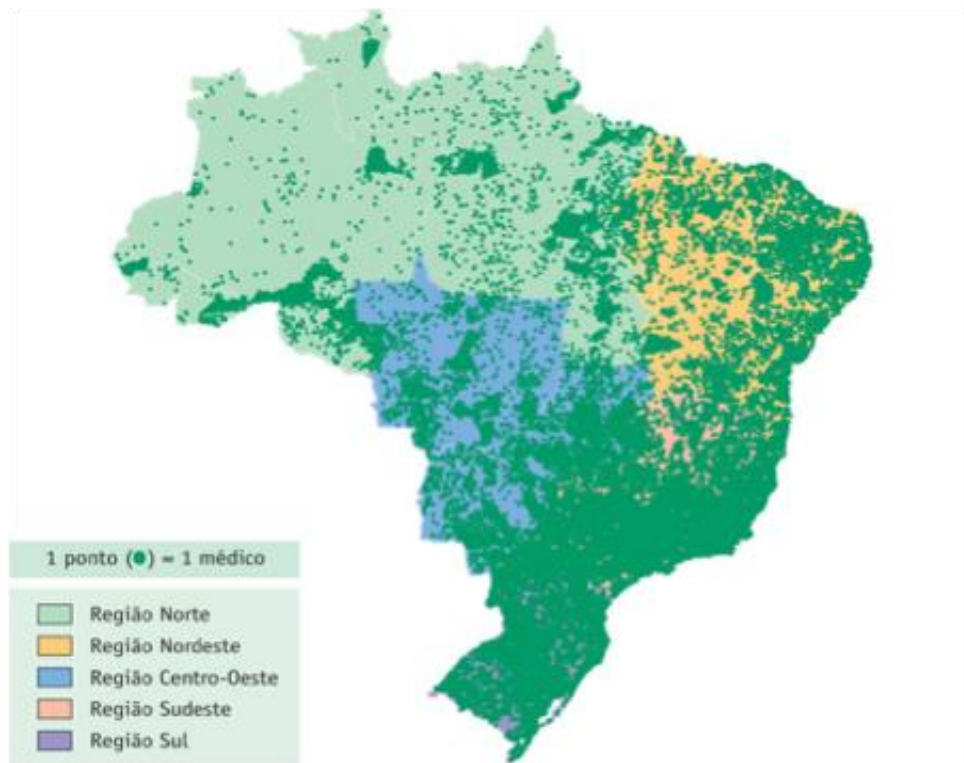


Figura 17: Distribuição de médicos no Brasil. Fonte: Scheffer, 2018.

AMAZONAS



Características da população médica

Número de registros de médicos	4.844
População no estado	4.063.614
Razão médico por 1.000 habitantes	1,19
Masculino	53,9%
Feminino	46,1%
Razão masculino/feminino	1,17

Formação

Generalistas	46,8%
Especialistas	53,2%
Razão Especialista/Generalista	1,14

Idade

≤ 29 anos	13,9%
30 - 34 anos	17,3%
35 - 39 anos	14,2%
40 - 44 anos	12,4%
45 - 49 anos	10,6%
50 - 54 anos	8,5%
55 - 59 anos	6,7%
60 - 64 anos	5,8%
65 - 69 anos	6,9%
70 - 75 anos	3,7%

Média (anos)

Idade	44,3	DP	13,2
Tempo de formado	16,8		13,1

Indicadores da capital

Número de registros de médicos	4.508
População da capital	2.130.264
Razão médico por 1.000 habitantes	2,12
Masculino	52,2%
Feminino	47,8%
Razão masculino/feminino	1,09
Generalistas	44,8%
Especialistas	55,2%
Razão Especialista/Generalista	1,23
Proporção médicos na capital	93,1%

Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Especialistas no estado

	Nº
Acupuntura	20
Alergia e Imunologia	7
Anestesiologia	231
Angiologia	218
Cardiologia	100
Cirurgia Cardiovascular	14
Cirurgia da Mão	8
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13
Cirurgia do Aparelho Digestivo	21
Cirurgia Geral	329
Cirurgia Oncológica	20
Cirurgia Pediátrica	15
Cirurgia Plástica	37
Cirurgia Torácica	11
Cirurgia Vascular	34
Clínica Médica	352
Coloproctologia	8
Dermatologia	97
Endocrinologia e Metabologia	27
Endoscopia	26
Gastroenterologia	39
Genética Médica	1
Geriatria	4
Ginecologia e Obstetrícia	317
Hematologia e Hemoterapia	21
Homeopatia	6
Infectologia	74
Mastologia	16
Medicina de Emergência	0
Medicina de Família e Comunidade	58
Medicina do Trabalho	183
Medicina de Tráfego	22
Medicina Esportiva	8
Medicina Física e Reabilitação	3
Medicina Intensiva	53
Medicina Legal e Perícia Médica	7
Medicina Nuclear	5
Medicina Preventiva e Social	16
Nefrologia	36
Neurocirurgia	32
Neurologia	47
Nutrologia	10
Oftalmologia	115
Oncologia Clínica	38
Ortopedia e Traumatologia	145
Otorrinolaringologia	56
Patologia	23
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	9
Pediatria	410
Pneumologia	20
Psiquiatria	51
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	72
Radioterapia	8
Reumatologia	17
Urologia	43

Figura 18: Cobertura de médicos no Estado do Amazonas. Fonte: Scheffer, 2018.

10.4 Pré-natal

O estado do Amazonas oferece, junto ao Pará, o menor índice de cuidados adequados de pré-natal (LEAL et al, 2015; GARNELO et al, 2020). Em relação ao pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda que a mulher realize 7 ou mais consultas ao longo de sua gestação. No estado do Amazonas, 46,9% das gestantes tiveram atendimento de acordo com a recomendação.

10.5. Agente Comunitário de Saúde

O papel do ACS é marcado pelo fato de representarem a única fonte contínua de cuidados no intervalo de viagem da UBSF e/ou das Equipes de Saúde lotadas nas UBS fixas daquele território. Como resultado, a maioria de suas atividades são realizadas de forma autônoma e são amplamente desconhecidas da equipe como um todo, a não ser pelo técnico de enfermagem que em muitos casos também costuma viver na comunidade.

Embora os ACS sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes biomédicos, ainda falta muita clareza na definição do papel do ACS, em especial daqueles que atuam em áreas rurais.

Um lado positivo do trabalho dos ACS é, sem dúvida, a proximidade com as famílias. Conhecem todas elas e os problemas de saúde que acometem seus membros. Contudo, muitos dos cuidados ofertados estão baseados em senso comum, já que há uma grande falta de treinamento como observado em campo nas localidades visitadas e como também demonstra a literatura (GARNELO, 2020).

É o ACS quem leva o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar. Este importante ator fortalece a resposta comunitária aos problemas e agravos de saúde através da transmissão de informações e de seus conhecimentos para a comunidade. Ao mesmo tempo, essa responsabilidade que também é sentida pelos ACS gera ansiedade e insatisfação quanto à irregularidade ou insuficiência da educação que recebem.

Outro aspecto importante do papel do ACS está relacionado ao elo que ele estabelece entre saber popular de saúde, dinâmica social da comunidade onde habitam e conhecimento biomédico. Esses três fatores integrados o permitem alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população que nenhum outro profissional seria capaz.

Ao observar a dinâmica da capacitação dos ACS da Reserva Rio Negro, quando uma série de conhecimentos biomédicos lhes eram repassados,

atentei-me ao fato de que o ACS era um tradutor de mundos, como também assume Nunes et al (2002) em sua pesquisa realizada com ACS no estado da Bahia. Foi notório, durante o curso, que a medida que o conhecimento científico lhes eram repassados, logo os ACS os traduziam para um conhecimento popular remetendo a exemplos de como determinada doença era tratada naquela comunidade ou mesmo discorriam sobre como determinada doença e/ou agravo impactava a comunidade a partir do conhecimento das redes e dinâmicas sociais implicadas naquele contexto e comunidade.

Deste modo, sua tarefa correspondia ao que determinam as orientações do Ministério da Saúde quando afirmam que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” ao mesmo tempo que devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Caso essa partilha de conhecimento que é uma mão dupla de fato ocorra, isto facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no processo saúde-doença das pessoas da comunidade, assim como também facilitaria o planejamento de estratégias mais eficazes no âmbito tanto das ações de rotina das equipes de saúde da família quanto na adesão às recomendações médicas.

10.6 Conclusão

É comumente conhecido que a interiorização de serviços públicos na Amazônia constitui um desafio para diferentes governos. Essa dificuldade geralmente se justifica pelas grandes distâncias geográficas, características da região, e pelo inexequível deslocamento rodoviário frente à hidrografia regional, como é o caso das áreas rurais de diversos estados que compõem a Amazônia Legal, em especial no estado do Amazonas.

No caso das políticas de saúde, a situação não é diferente. Há uma notável insuficiência na provisão de ações e serviços de saúde, seja na atenção primária, seja na atenção especializada. Assim, por consequência da baixa interiorização de políticas públicas nas regiões rurais da Amazônia, a região norte apresentou a maioria de suas regiões situadas em grupos que possuem índice de desenvolvimento humano de médio a muito baixo.

A implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) preconiza certa inovação nesse campo, uma vez que a estratégia tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde. Contudo, estudos demonstraram que as UBSF, embora sejam efetivas para serviços periódicos, como é o caso das consultas

de pré-natal para gestantes de baixo risco, ainda são insuficientes para as condições que requerem atenção contínua, como o acompanhamento de programas como hiperdia e demandas espontâneas.

Outro ponto observado diz respeito à inadequada utilização dos profissionais das comunidades e a desconcordância entre suas tarefas e do restante da equipe. Considerando que as Unidades Básicas de Saúde fixas estão localizadas em áreas distantes das comunidades ribeirinhas, por exemplo, e que as UBSF oferecem serviços de forma periódica, o acesso à saúde mais próximo dessa população são aqueles os serviços ofertados pelos Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem. Todavia, estes profissionais, normalmente residentes nas comunidades onde trabalham, não dispõem de suficientes recursos para realização de suas tarefas: faltam insumos, meios de transporte para deslocamento dentro e entre comunidades e, principalmente, qualificação profissional. Além disso, não há consenso quanto às atribuições profissionais específicas destas categorias. Na prática, o trabalho desenvolvido por eles vai além das ações de prevenção, uma vez que muitos se sentem responsáveis pela execução de procedimentos médicos e/ou de enfermagem, como realização de sutura ou aplicação de medicação venosa.

Em suma, nota-se que o modelo das UBSF merece destaque enquanto política de saúde para a Amazônia, mas a estratégia não supre as necessidades de melhoria de acesso à saúde da população rural do Amazonas. Os profissionais que atuam continuamente dentro das comunidades necessitam de melhor estrutura e desenvolvimento de capacidade técnica para exercerem suas funções. Portanto, conclui-se que o reconhecimento dos cenários sociais, ambientais e sanitários particulares da Amazônia rural devem ser o ponto de partida para superação das inconsistências e inadequações observadas nos serviços de saúde.

11. Saúde da população indígena no estado do Amazonas

11.1 Tipologia dos territórios indígenas

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e também na legislação específica, em especial no chamado Estatuto do Índio (Lei 6.001/73) (em revisão pelo Congresso Nacional). A Constituição consagrou o princípio de que os índios são os primeiros e naturais senhores da terra. Esta é a fonte primária de seu direito, que é anterior a qualquer outro. Consequentemente, o direito dos índios a uma terra determinada independe de reconhecimento formal. No artigo 20, está estabelecido que essas terras são bens da União, sendo reconhecidos aos índios a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

Não obstante, também por força da Constituição, o Poder Público está obrigado a promover tal reconhecimento. Sempre que uma comunidade indígena ocupar determinada área nos moldes do artigo 231, o Estado terá que delimitá-la e realizar a demarcação física dos seus limites. A própria Constituição estabeleceu um prazo para a demarcação de todas as Terras Indígenas: 5 de outubro de 1993. Contudo, isso não ocorreu e as Terras encontram-se em diferentes situações jurídicas.

O Brasil tem uma extensão territorial de 8.511.965 km². As terras indígenas somam 724 áreas, ocupando uma extensão total de 1.173.776 km² (13,8% das terras do país). A maior parte concentra-se na Amazônia Legal: são 424 áreas, 23% do território amazônico e 98,25% da extensão de todas as Terras Indígenas do país.

Na tabela seguinte se destaca que as Terras Indígenas representam 28,5% da totalidade da área do Estado do Amazonas.

Terras Indígenas por Estado na Amazônia Legal⁸ (em 22/10/ 2014)

UF	Área da UF	Terra indígena	% sobre a UF
Acre	16.491.871	2.459.834	14,92%
Amapá	14.781.700	1.191.343	8,06%
Amazonas	158.478.203	45.232.159	28,54%

⁸ Áreas calculadas pelo SIG/ISA, utilizando os limites das Terras Indígenas lançados sobre a base 1:250.000 e os limites de Estado do IBGE/Sivam na escala 1:250.000.

Maranhão	26.468.894	2.285.329	8,63%
Mato Grosso	90.677.065	15.022.842	16,57%
Pará	125.328.651	28.687.362	22,89%
Rondônia	23.855.693	5.022.789	21,05%
Roraima	22.445.068	10.370.676	46,20%
Tocantins	27.842.280	2.597.580	9,33%
Total	506.369.425	112.869.914	22,29%

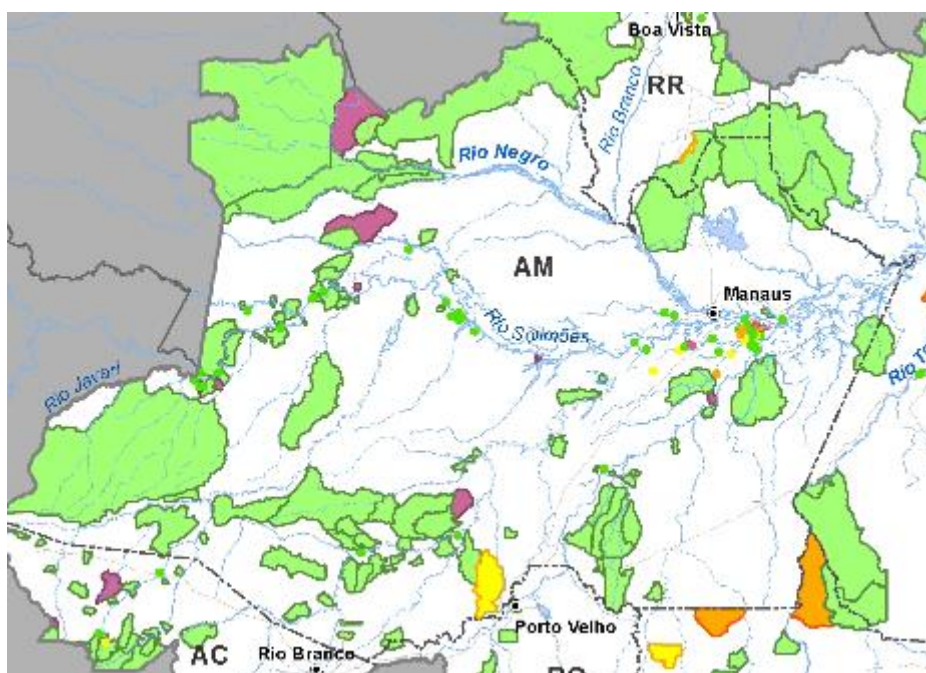


Figura 19: Localização das Terras Indígenas no estado de Amazonas

11.2 Políticas de saúde voltada à população indígena

O processo de desenvolvimento das políticas de saúde voltadas à população indígena teve diferentes iniciativas governamentais e da população após decênios de resoluções legais e de experiências através de diferentes órgãos de execução, que em certa forma acompanhou uma série de mudanças que aconteceram nos governos e a própria reformulação do estado brasileiro.

Desde a colonização portuguesa, houve uma presença importante de missionários religiosos que procuravam uma forma de assimilação mediante a catequização como uma política que acompanhava a ocupação das terras.

Um dos fatos mais importantes, no início do século passado, foi durante a expansão das fronteiras econômicas para o Centro Oeste, onde a ocupação do território foi acompanhada com vias de comunicação terrestres, incluindo as ferrovias, que tiveram um significativo impacto na vida e saúde da população indígena expressada em altos índices de mortalidade devidos à violência e às doenças infecciosas.

Em 1910, a iniciativa governamental foi a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), constituído como um órgão vinculado ao Ministério de Agricultura na perspectiva de incorporação de terras ao sistema produtivo nacional. O paradigma dominante estava orientado pelo evolucionismo, ou seja, a passagem do estado primitivo da sociedade para sua integração à sociedade nacional mediante a imersão massiva em projetos agrícolas e educacionais, especialmente pela inserção estratégica da população no processo de pacificação.

Nos anos 50, foram desenvolvidas iniciativas específicas no campo da saúde, mediante a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) no âmbito do Ministério da Saúde visando levar ações básicas de saúde às populações indígenas e rurais de difícil acesso. Neste período, a contribuição mais importante foi o início das ações de imunização que gerou um processo de controle sobre os surtos de certas epidemias, especialmente do sarampo; outras ações como a procura do controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis.

No ano 1967, o SPI foi extinto e criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI)⁹ que estabeleceu as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que incorporava pessoal de saúde local como auxiliares ou atendentes de enfermagem, mas, esta instituição incorporou outras áreas de apoio à população na ordem econômica e social. Esta instituição não conseguiu desenvolver uma resposta sanitária nacional que esteja organizada como um sistema ou subsistema de saúde com plena capacidade para sua permanência no tempo.

O paradigma fundamental foi o “Indigenismo”, que foi constituído por um conjunto de teorias que procurava a integração progressiva da população à vida nacional mediante diversas iniciativas, especialmente através das escolas indígenas e aplicado na América Latina desde os anos 1940. Finalmente, esta iniciativa ideológica não conseguiu resolver os problemas fundamentais das sociedades indígenas. Uma das respostas sociais dos movimentos indígenas foi o surgimento nos países andinos do “indianismo”, que afirmaram a condição da especificidade das sociedades indígenas

9 Se constitui como órgão indigenista oficial vinculado ao Ministério de Justiça, responsável pela coordenação de ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país.

rejeitando a integração e a ocidentalização. No campo da saúde emerge publicamente a defesa, recuperação e apoio ao desenvolvimento das culturas médicas tradicionais.

Desde os anos 50 inicia-se um processo importante de promulgação de leis que se orienta ao reconhecimento de direitos da população indígena:

- Lei 289/56 Define e pune o crime de genocídio.
- Decreto 58.821/66 Promulga a Convenção 104 concernente à abolição das sanções penais.
- Decreto 65810/69 Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas formas de Discriminação Racial.
- Lei 6.001/73 Dispõe sobre o Estatuto do Índio.

Para debater a questão da Saúde Indígena, foi realizada a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, e em 1993, a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na Estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito do acesso universal e integral à Saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Sem dúvida, a experiência acumulada no desenvolvimento do Distrito Sanitário Yanomami foi fundamental para a adoção de conceitos e para a posterior formulação de políticas:

- De 1980 a 1982, a Comissão pela Criação do Parque Yanomami organizou o primeiro estudo da situação da saúde, e entre 1984 e 1987, foram estabelecidas equipes médicas em 10 áreas desta região.
- De 1987 a 1990, durante a proibição da permanência de equipe médicas na Área Yanomami, a FUNAI elaborou dois projetos de saúde e um projeto de nutrição, destes apenas foram executadas as intervenções em saúde (vacinação, atendimentos básicos, e início de um banco de dados de saúde) em oito áreas.
- Em 1989, foi desenvolvido o Projeto Emergencial de Atenção à Saúde nas Comunidades Yanomami pelo Ministério da Saúde à solicitação da FUNAI, com apoio de Organizações Não Governamentais, Conselho Indigenista Missionário etc.
- Após a mudança de autoridades governamentais no Ministério de Saúde foi criado um grupo de trabalho (OPAS, Universidades e

Institutos de Pesquisa, e outros Ministérios) que formularam um programa de atenção global, intensivo e de longo prazo de longa duração, que posteriormente seria o Projeto de Saúde Yanomami. Com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS) quase imediatamente foi criado o Distrito Sanitário Yanomami, em 1991.

A Constituição Federal de 1988 estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena, superando a instituição da tutela, estabelecendo a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) que posteriormente foram regulamentados pela Lei 8080/90, estabelecendo que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema é do Ministério da Saúde.

Em 1991, o Decreto Presidencial 23, transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde criou a Coordenação da Saúde do Índio, subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à Saúde Indígena.

Nesse mesmo ano, a Resolução 11/91 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI). Esta última com a atribuição de assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. No Decreto 1.141/94 institui-se uma dupla responsabilidade sobre a atenção à saúde onde a FUNAI era responsável pela atenção à saúde, e FUNASA pelas imunizações, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias. Esta perspectiva de trabalho “... fragmentária e conflituosa, o que levou a um quadro cada vez mais precário. (...) As informações de saúde, ainda que parciais e pouco confiáveis, davam conta que as taxas de mortalidade eram de três a quatro vezes maiores que as registradas na população brasileira em geral”¹⁰ não permitiu resolver os problemas de saúde prevalentes na população indígena.

Em 1999, o Senado Federal aprovou sem emendas o projeto de lei da autoria do deputado federal Sergio Arouca (Lei no 9836/99) que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena “... que pode ser considerada o marco

10 “DESAI 1999 – 2009. Dez anos de compromisso com a Saúde Indígena”. Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde. Brasília. s/d.

regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil.”¹¹ Neste mesmo ano, a Medida Provisória 1911/99 determinou a transferência, da FUNAI para FUNASA, dos recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde, e o Decreto 3156/99 estabeleceu as condições para a prestação dessa assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Logo em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria 254/02).

A maneira de conclusão se destaca que a breve resenha histórica anterior coloca em evidência as dificuldades, discussões e esforços, que levou décadas para que as instituições possam definir uma política específica para um setor populacional etnicamente diferente na sociedade nacional. Neste caso, a perspectiva de saúde coloca em evidência que a complexidade não está centrada na questão organizacional e de tecnologias para oferecer serviços de atenção; ela refere-se a um processo da construção sócio-histórica do país, onde a base da tomada de decisões para a formulação destas políticas estão fundadas na dimensão política e ideológica da orientação e condução do Estado nacional.

Como exemplo deste processo, o instrumento jurídico internacional mais importante que garante os direitos indígenas é a Convenção nº 169 da OIT, de 07 de junho de 1989 que foi ratificado pela maioria dos países latino-americanos, sendo que Brasil (Decreto nº 5.051/2004) e Chile (2008) foram os últimos em sua aprovação oficial.

Em 19 de abril de 2004, foi publicado o decreto oficializando a Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e tribais em países independentes. Desde então, ela é um dos principais instrumentos para enfrentar a violação de direitos indígenas, quilombolas, caiçaras, ribeirinhos, entre outras comunidades tradicionais. A Convenção 169 “... é composta por 44 artigos, divididos em dez partes, que tratam de temas variados envolvendo o cotidiano dos povos indígenas.

Assim, a primeira parte trata da política geral, a segunda da terra, a terceira da contratação e condições de emprego, a quarta da formação profissional, artesanato e indústrias rurais, a quinta da seguridade social e saúde, a sexta da educação e meios de comunicação, a sétima parte trata dos contratos e cooperação além-fronteiras, a oitava da administração, a nona das disposições gerais e a décima parte trata das disposições finais.

11 “Lei Arouca: A FUNASA nos 10 anos de Saúde Indígena”. Fundação Nacional de Saúde / Ministério da Saúde. Brasília. 2009.

Pelo que se observa, a convenção abarca amplo leque de assuntos diversos, que vão desde o direito dos povos indígenas de serem consultados e de opinarem sobre medidas que possam lhes atingir, até seu direito à terra, formação profissional, educação e assistência à saúde.” Wagner (2014)¹².

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas manifesta o propósito de “... garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura”.

Esta política efetiva-se através do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que é um modelo de organização de serviços, que se define como um território etnocultural geográfico na qual se constituem dois tipos de equipes: as Equipes Gestoras e as Equipes Multidisciplinares de Saúde indígenas (EMSI) que agrupam os profissionais para atenção à saúde.

Pela extensão territorial e segundo a dispersão da população, estas equipes estão concentradas em Polos Base, que são unidades gestoras geralmente situadas em sedes municipais para dar cobertura às aldeias situadas nesta área. Na sua grande maioria, os DSEI foram desenhados sobre o mapa das terras indígenas mas, segundo as características de comunicação terrestre, fluvial ou aérea, de cada região do país, e quando existe facilidade de acesso às aldeias, as EMSI diariamente são transportados para as aldeias onde prestam assistência em Postos de Saúde, nos quais trabalham os Agentes Indígenas de Saúde, treinados em atenção básica e que residem nas aldeias.

A nível local, também residem os Agentes Indígenas de Saneamento, que essencialmente fazem a manutenção dos sistemas de distribuição de água e outras atividades de saúde ambiental. No caso da região amazônica onde existe uma população com alta dispersão territorial, assim como a atenção é realizada em áreas de difícil acesso onde o acesso deve ser feito por via aérea ou fluvial, as equipes ficam na área de maneira contínua e são relevadas por outras equipes aproximadamente a cada 20 dias.

Em termos da assistência integrada (com o SUS), os Polos Base são considerados como a primeira referência dos casos de doença que os AIS não podem resolver, estes Polos em articulação com os Municípios permitem a

12 Wagner, D. “Dez anos após a entrada em vigor da convenção 169 da OIT no Brasil: um olhar sob a perspectiva da efetividade” em “Direito Internacional dos Direitos Humanos II. Menengoti Ribeiro D, Bendin G. e Gaglietti M. (Coord), ISBN: 978-85-68147-16-0 CONPEDI, Florianópolis, 2014.”

acessibilidade ao sistema hospitalar, mas na sede dos DSEI, situados geralmente nas capitais dos estados, foram criadas as Casa de Apoio à saúde indígena, são considerados como um estabelecimento de trânsito de pacientes que são referenciados para os níveis de atenção de maior complexidade, com acesso à especialistas e tecnologia diagnóstica terapêutica da rede do SUS. Algumas de estas Casas adotaram o caráter de referência nacional, como em Brasília e São Paulo, onde recebem pacientes que requeiram tratamentos em serviços específicos, tais como de cirurgia cardíaca, entre outros.

Após 20 anos de experiência com este modelo de organização, pode-se considerar que é altamente benéfico para a população, fundamentalmente aporta uma grande contribuição para superar um dos mais importantes fatores de restrição da demanda que é a acessibilidade física, aos profissionais de saúde, especialmente na cobertura oportuna das imunizações que permitiu o cumprimento do calendário de imunizações com excelentes resultados, onde a modalidade de campanhas é apenas realizada uma vez por ano para compensar alguns déficits, especialmente aqueles derivados da mobilidade espacial da população.

Outros aspectos da política de saúde considerados como estratégicos ainda não são satisfatórios a nível nacional, tais como:

- Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde;
- Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde;
- Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ambientes saudáveis.
-

A análise específica da situação dos DSEI no Estado do Amazonas será realizada a partir dos inquéritos enviados para os gestores, tomando como referência o perfil de morbimortalidade da população indígena.

11.3 Perfil sócio-demográfico e epidemiológico

Durante o ano de 1999, foram criados os 34 DSEI do país, e simultaneamente foi desenvolvido o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), onde seu módulo de base para a análise de saúde foi o Módulo Demográfico. Em saúde pública, isto é fundamental, já que sem a informação da quantidade e características da população não é possível obter taxas ou outras análises estatísticas.

O sistema foi desenvolvido e instalado em todos os Polos Base dos DSEI no país. Foram realizados treinamentos intensivos e foi possível realizar um cadastro (registro continuado de nascimentos e morte), onde foi conseguido ter informação atualizada e transmitida à FUNASA semanalmente onde foi consolidado um Banco Nacional da saúde indígena.

A informação sobre a demografia indígena era responsabilidade da FUNAI, mas não se tinha garantia de qualidade sobre esta informação; por outra parte, era necessário o cadastro específico para organizar os dados segundo cada DSEI como unidade de gestão. Sem este cadastro, não era possível realizar o planejamento administrativo e financeiro para garantir a logística da atenção, assim como para dimensionar o tipo e número de profissionais necessários, assim como do pessoal auxiliar.

No ano 2000, a população cadastrada era de 306.849 pessoas, alcançando, em 2009, 565.982 indígenas. Com a criação da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena no Ministério da Saúde, este sistema de informação teve um processo de transição que gerou consequências significativas quanto à sua concepção, desempenho e qualidade da informação. A mudança de gestores, a iniciativa de escritura do programa em outra linguagem de programação, a transferência do Banco de Dados nacional que teve uma perda importante de dados, a eliminação dos monitores de informação (14) situados em pontos estratégicos do país para apoio aos DSEI, a descontinuidade de treinamentos que não acompanharam a rotatividade dos digitadores em cada DSEI etc, foram as principais causas que na atualidade este sistema não pode gerar relatórios como no programa original.

Na atualidade não é possível obter informação demográfica atualizada com qualidade, consequentemente para a presente análise epidemiológica, foi definido que para estabelecer o perfil de morbidade e mortalidade seja realizada mediante uma amostra de população, especialmente porque não se procura a procura de elaborar taxas na análise de morbidade e mortalidade. Esta amostra foi definida com o critério de inclusão da totalidade de população que realizou consultas de saúde e por doenças. O total de população indígena incluída na análise foi de 44.401 pessoas de todas as idades, e o total de população por faixas etárias foi a seguinte:

Total de população por faixas etárias incluída na amostra dos DSEI do estado de Amazonas, 2016

Faixas etárias	< 1 a	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
n=	4.208	10.470	5.679	6.816	5.496	4.471	2.783	1.939	2.539	44.401

Porcentagem	6,53	22,89	11,95	14,30	12,22	10,93	7,61	5,34	8,23	
--------------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	--

Total de população por faixas etárias segundo registro demográfico no SIASI dos DSEI do estado de Amazonas, 2016

Faixas etárias	< 1 a	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
n=	4.361	11.831	7.010	8.831	7.021	5.850	3.861	2.744	3.754	55.263
Porcentagem	7,89	21,41	12,68	15,98	12,70	10,59	6,99	4,97	6,79	

A população foi classificada segundo as 76 etnias identificadas nos DSEI, dentro das aldeias também moram pessoas classificadas como “não indígenas”, na análise foram incluídas 502 pessoas que não tiveram o registro de pertença étnica, e que habitam em todos estes DSEI. Sua distribuição é apresentada na tabela seguinte:

Total de população segundo identidade étnica nos DSEI do estado de Amazonas, 2016

	IDENTIDADE ÉTNICA	ALTO RIO NEGRO	ALTO RIO SOLIMÕES	MÉDIO RIO SOLIMÕES	MANAUS	YANOMAMI	VALE DO JAVARÍ	PORTO VELHO	MÉDIO RIO PURÚS	Total n=
1	ANAMBE	1								1
2	APURINÃ			9	1.030			14	138	1.191
3	ARAPAÇO	82								82
4	ARARA	1		42	19					62
5	BANAWA YAFI								20	20
6	BANIWA	1241		6	18					1.265
7	BARA	2								2
8	BARASÂN A	14			7					21
9	BARE	1214	2		147					1.363
10	CUBEU	122								122
11	CURIPAKO	446								446
12	DAW	22								22
13	DENI			492	13				31	536

14	DESSANO	574			16					590
15	DIAHOI			3				41		44
16	HIXKARYA NA			66						66
17	HUPDE	1055								1.055
18	HUPDES	9								9
19	JAMAMADI			2					45	47

	IDENTIDADE ÉTNICA	ALTO RIO NEGR O	ALTO RIO SOLIMÕ ES	MÉDIO RIO SOLIMÕ ES	MANA US	YANOM AMI	VALE DO JAVARÍ	PORTO VELHO	MÉDIO RÍO PURÚS	Total n=
20	JARAWAR A								39	39
21	JUMA							6		6
22	JURITI	4								4
23	KAIXANA		130	43						173
24	KAMBEBA		30	257	65					352
25	KANAMAR I		4	1.498			309			1.811
26	KARAPAN A	11			18					29
27	KARIPUNA								2	2
28	KATAWIXI			62						62
29	KATUKINA			535					2	537
30	KAXINAW Á			6						6
31	KOCAMA		2.426	2.022	164					4.612
32	KORUBO						37			37
33	KULINA			2.011			19			2.030
34	KULINA MADIJA			11						11
35	MAKU	2	496	433						931
36	MAKUNA	1								1
37	MAMURI								1	1

38	MARUBO		3		61		354			418
39	MATIS						61			61
40	MAYORUN A		1	490	15		309			815
41	MIRANHA	1		988	15			1		1.005
42	MIRANHA									0
43	MIRITI TAPUIA	22								22
44	MUNDUR UKU			2.523				6		2.529
45	MURA			4.854	136			12		5.002
46	NADEB	17								17
47	ORO NÃO							1		1
48	PARINTIN TIN				38			180		218
49	PAUMARI								66	66
50	PIRAHÃ				165			142		307
51	PIRATA	1						1		2
52	PIRATUAP UIA	404			6					410
53	RIKBAKTS A				1					1
54	SATERE- MAUE	1			351					352

	IDENTIDAD E ÉTNICA	ALTO RIO NEGRO	ALTO RIO SOLIMÕES	MÉDIO RIO SOLIMÕES	MAN AUS	YANO MAMI	VALE DO JAVARÍ	PORTO VELHO	MÉDIO RÍO PURÚS	Tota l n=
55	SILCY- TAPUYA	9								9
56	SIRIANO	25								25
57	TAPUIA	6								6
58	TARIANO	690	2		1					693
59	TENHARI M				83			496		579

60	TERENA		1							1
61	TICUNA		16.702	1.153	485					18.340
62	TORA		1		173			15		189
63	TORÁ DO BAIXO GRANDE				1					1
64	TUBARÃO	1								1
65	TUKANO	1379	1	98	46					1.524
66	TUMBALA LA	1								1
67	TUYUKA	300			10					310
68	URU-EU-WAU-WAU							11		11
69	WANANO	146			1					147
70	WAREKEN A	382								382
71	WITOTO		3							3
72	XUKURU KARIRI	1								1
73	YANOMA MI	5				128				133
74	YEPAMAS SÃ	32								32
75	ZORO							1		1
76	ZURUAHÁ								5	5
	NÃO INDÍGENA	4			40					44
	IGN	49	55	172	197			25	4	502

Número de etnias	37	14	23	28	1	6	14	10	
Total de população por etnias	8.228	19.857	17.776	3.322	128	1.089	952	353	51.705

12. Organização social

A família geralmente é considerada como a unidade de análise básica, mas na obra de Claude Levi-Strauss de 1949, desde os princípios do estrutural funcionalismo, contribuiu com a análise das estruturas do parentesco. Esta visão mais abrangente, procura, desde a sociologia, compreender as regras de relacionamento nos núcleos domésticos de sociedades diferentes da cultura ocidental.

Destaca-se que as intervenções das sociedades externas sobre os povos indígenas produziram mudanças complexas, pelos fatores derivados do neocolonialismo, as mudanças ecológicas mais velozes e agressivas mediante a intromissão territorial, a influência das novas tecnologias (especialmente as de difusão mediática e da telefonia), as grandes obras de infraestrutura de interesse nacional (especialmente as barragens e rodovias), a penetração das economias monetárias, e no plano ideológico, a massiva presença de pastores de igrejas evangélicas.

O papel primordial da cultura é assegurar a existência do grupo como tal, e neste sentido, evitar o acaso ou azar pela organização, consequentemente a necessidade de regras (PORTEUS, 1931)¹³. Neste sentido, é impossível o estudo das proibições para o estabelecimento do matrimônio sem conhecer os princípios e métodos que acontecem cada vez que está em jogo a existência física ou espiritual do grupo.

Dentre eles, destacam-se não somente a distribuição das mulheres mas também de valores e dos alimentos¹⁴, assim como os intercâmbios matrimoniais e intercâmbios econômicos formam parte integrante de um sistema fundamental de reciprocidade.

As explicações de porque os jovens não encontrem esposas disponíveis, quando se trata de sociedades monogâmicas, variam entre os estudos, onde, no caso que a monogamia não seja uma regra geral, e que exista a poligamia praticada entre os chefes e pajés, observa-se que nos bandos menores é suficiente para alterar o equilíbrio natural dos sexos.

Na análise das infecções de transmissão sexual na população indígena na região norte do Brasil, foram elaborados modelos conjugais, baseado na

13 Porteus, S.D. "The psychology of a primitive peoples" New York – Londres, 1931.

14 O valor fundamental é o papel da mulher na gestação, assim como o sistema de relacionamento real e simbólico, entre a mulher e o alimento.

informação de paternidade e maternidade das consultas registradas de casos de morbidade geral, os matrimônios de tipo monogâmico representaram a grande maioria (73,8%) e tiveram apenas 1 filho (n=289), dos 26,2% restantes são matrimônios poligâmicos que apresentaram um perfil com maior diversidade, 17 modalidades segundo o número de 2 e mais parceiras. Em relação ao relacionamento das mulheres que estabeleceram vínculos com distintos números de homens e que culminaram com gravidez e partos, observa-se uma situação que não é simétrica aos casos masculinos, ou seja, 869 mulheres mantiveram relacionamentos com 1.286 homens e gestaram 2.079 filhos. Perto de 70% das mulheres (n= 603) apresentaram um vínculo monogâmico, e perto de 20% (n=166) de tipo poliândrico com 2 e mais homens (COLOMA, 2018)¹⁵.

12.1 Perfil epidemiológico

12.1.1 Metodologia

Definição do modelo de dados

O modelo final não apresentou grande complexidade, segundo os objetivos da análise de morbidade e mortalidade descritos. Da extração do banco de dados original, foram selecionadas variáveis relacionadas à:

Ubiquação territorial: Unidade Federada, DSEI (com exata coincidência com Terra Indígena), município e aldeia. Dentro do estado do Amazonas, foi selecionada a população indígena que reside no seu limite político, mas que a responsabilidade pela atenção à saúde corresponde a outros DSEI situados em estados vizinhos.

- Características da população: Nome, idade, sexo, etnia, data de nascimento e data de óbito.
- Atenção à saúde: Data de consulta, código CID-10, diagnósticos, categoria profissional do responsável pelo atendimento.

Os dados destas variáveis foram associados à sequência das seguintes faixas etárias: menor de 1 ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a

15 Coloma, C. "Documento técnico contendo análise epidemiológico das Infecções Sexualmente Transmissíveis dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas das regiões Norte e Nordeste", Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, Brasília, 2018.

59 e 60 e mais anos. Estes períodos representam os problemas observados durante o ciclo de vida da população, que permite a análise anual, tanto do perfil de doenças e seus comportamentos neste ciclo, como da estrutura da mortalidade.

Os dados de mortalidade foram organizados neste mesmo modelo de matriz, que permite associá-la aos eventos de morbidade.

Foi considerado que o número de casos em populações de menor tamanho teria insuficiente informação para obter um perfil objetivo de causas de óbitos, conseqüentemente a análise da estrutura da mortalidade apresentaria um viés de representação. Considerando-se que a demora de coleta e registro da informação oficial sobre cada óbito pode demorar até três anos, foi definido que para a análise de mortalidade, o critério de inclusão incorpora o total de óbitos registrados entre 2012 e 2015.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos exclusivamente dos registros realizados nos DSEI no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Neste sistema a identidade étnica de cada pessoa é conferida pela população em cada aldeia, isto é, a pertença em linhagens, clãs e famílias extensas ou nucleares. O critério utilizado para o registro de identidade indígena pelo IBGE consiste na autodefinição étnica. Por esta razão, para a análise presente, foram utilizados os dados registrados exclusivamente no SIASI.

Foram extraídas planilhas eletrônicas do banco de dados nacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde, onde observou-se que até o ano 2016 não existiam mais atualizações, situação que ainda acontece nos anos posteriores.

As planilhas contêm a informação produzida em cada DSEI, que correspondem às unidades administrativas territoriais diferentes, assim como das equipes gestoras e de atenção à saúde, e por esta razão; foram mantidas separadas em unidades de análises específicas.

Organização dos dados

Constituiu a parte mais complexa, já que exigiu uma revisão completa dos registros de cada pessoa para aplicar os critérios de inclusão ou exclusão dos casos na análise:

- Em relação aos grupos etários e considerando o perfil da pirâmide de população, a população com menos de 10 anos foi subdividida em três grupos: os menores de 1 ano, a população mais numerosa de 1 a 4 anos, e o grupo de 5 a 9 anos. A partir dos 10 anos, a população foi organizada por décadas; finalmente, a última categoria corresponde à população de 60 anos e mais.
- Nas tabelas do Excel como na informação original o nome da pessoa é repetido em cada linha de registro com distintos códigos CID, foi necessário desenvolver um processo mediante a elaboração de uma fórmula com operadores lógicos, criado para contabilizar o número de pessoas evitando a duplicação de dados.
- Foram identificadas 76 etnias indígenas, mas foram incorporadas à análise de pessoas não indígenas (n=44) que moram nas aldeias, quase exclusivamente no DSEI Manaus. Em total, 502 pessoas não tiveram registrada sua identidade étnica.
- Em relação aos casos de mortalidade, foram obtidas as informações de 3.960 óbitos.
- Na situação onde as pessoas foram registradas com mais de um diagnóstico de causa do óbito, foi mantido o diagnóstico principal considerado como mais importante para explicar a causalidade, por exemplo: enforcamento, estrangulamento e sufocação elimina outros diagnósticos, tais como asfixia.
- Na população maior de 40 anos, a patologia principal foi identificada pela associação de sintomas no contexto de um conjunto de outras patologias crônicas, no caso de insuficiência de órgãos (renal, hepática, etc.) foi observado que frequentemente estão associadas com arteriosclerose e diabetes, assim como os acidentes cerebrovasculares com a hipertensão arterial.
- É necessário fazer a ressalva que os casos de desnutrição não são registrados como uma causa principal, mas os registros apresentam uma alta frequência de associação com os diagnósticos de: diarreia, pneumonia e tuberculose.
- Deve considerar-se também que nas causas externas, o diagnóstico de afogamento em águas naturais está estreitamente vinculado com o abuso de consumo de álcool ou estilismo.
- Em termos de qualidade dos registros do diagnóstico de “parada cardíaca”, foi somente considerado quando era o único registro da causa do óbito; em relação ao registro “infarto”, foi conferido o local de óbito.

- Foram excluídos todos os casos de morbidade ou mortalidade que apresentavam uma inconsistência de datas entre a idade registrada e o acontecimento dos eventos. Nestas situações, os dados foram corrigidos como “idade ignorada”.

Análise dos dados

Esta análise é limitada considerando os seguintes fatos:

1. Os diagnósticos correspondem às pessoas que realizaram consultas de saúde.
 2. Considera-se que as decisões de consultas são aleatórias na população total de cada aldeia, devido ao conjunto de variáveis que operam no contato com os profissionais:
- Pelas restrições observadas de acesso cultural, as mães geralmente levam seus filhos para controle de saúde, mas no caso de doença, são utilizados os recursos familiares (interpretação e intervenção); ou/e as crianças são levadas tardiamente para sua atenção institucional no caso de agravamento das doenças.
 - Nas restrições de acessibilidade física, observa-se que as Equipes de Saúde ficam curtos períodos de tempo em cada aldeia e as escalas de retorno são muito demoradas.

Impactos na qualidade da informação:

- As Equipes de Saúde têm que desenvolver múltiplas atividades e as histórias clínicas e outros registros não são preenchidos na sua totalidade.
- Existe uma grande variabilidade de tempo para entrega institucional de documentos e para seu registro informatizado, especialmente no caso das referências e contrareferências aos níveis de maior complexidade do sistema de saúde.
- Falta de controle de qualidade dos conteúdos da informação e do registro de dados nos DSEI e no nível central. Não foi estimada a dimensão do subregistro de dados na demografia, morbidade e mortalidade, os responsáveis da saúde indígena não elaboraram fatores de correção sobre os dados coletados.

- Esta última versão do SIASI apresenta dificuldades para processar os dados para emitir relatórios, que exige o processamento manual de obtenção de dados (tempo e profissionais dedicados exclusivamente para atender as demandas institucionais).

Os dados quantitativos obtidos foram considerados como uma amostra aleatória simples, e considerando que os subregistros abrangem os dados de população, não foram obtidas taxas de incidência e prevalência de doenças assim como de mortalidade devido à falta de atualização de dados demográficos.

As tabelas e gráficos foram também expressos em porcentagem, ainda que não representem uma probabilidade, porém permitem ter uma apreciação da distribuição das categorias de doenças e da estrutura da mortalidade.

A definição de organizar os diagnósticos segundo os Capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. 10ª Revisão (CID-10) foi adotada para fins comparativos com registros de morbidade nacionais e internacionais. Nesta classificação, observam-se dois tipos de Capítulos: aqueles que agrupam as patologias (I a XX) e a última (XXI), que faz referência às consultas classificadas como “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde” (Exames bioquímicos, anticoncepção, problemas sociais e ambientais, aconselhamentos, imunizações, etc.).

A análise de consultas foi realizada sobre o total de 2.044 códigos dos Capítulos CID-10, e na estatística sobre doenças, o denominador utilizado considera o total de 1.960 patologias investigadas dos capítulos I a XX. Foram realizadas mudanças na taxonomia utilizada na organização dos diagnósticos por Capítulos, isto é, relacionado aos problemas no enunciado de alguns capítulos e categorias que permite registros por etiologia (Capítulo I se agrupam *algumas* doenças infecciosas), e os outros capítulos que adotam uma classificação onde as doenças estão catalogadas por aparelhos ou sistemas orgânicos, que a sua vez incorporam doenças de etiologia infecciosa.

Em termos de organização da atenção à saúde, foi desenhada uma alternativa à organização das patologias que procura identificar a frequência das doenças infecciosas, que independentemente de sua ubiquação anatômica foram agrupadas na categoria original sob a denominação “I - Doenças infecciosas e parasitárias”. Nesta categoria foram integradas as seguintes patologias que estão em diversos capítulos da CID-10:

- Meningites, encefalite e abscessos do sistema nervoso central;

- Infecções de olho, ouvido e apófise mastóide;
- Complicações relacionadas à infecção estreptocócica no sistema circulatório;
- Infecções das vias aéreas superiores e inferiores;
- Apendicites e abscessos no sistema digestivo;
- Infecções da pele e do tecido subcutâneo;
- Artropatias de causa infecciosa;
- Doenças glomerulares, de ureter e vesicais de origem infecciosa;
- Infecções de colo de útero;
- Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério e das afecções originadas no período perinatal associadas à etiologia infecciosa.

Nas variáveis por DSEI, foram realizadas as análises de estatística básica especialmente as provas de normalidade, o que permitiria realizar análises multivariados se necessário.

Pela dimensão territorial e da população, foi realizada uma análise de variabilidade de cada DSEI, assim como das etnias que residem nas calhas dos rios do DSEI Alto Rio Negro (análise da variância ANOVA intragrupo e intergrupos) de cada um foram obtidos os dados estatísticos básicos, que expressam sua variabilidade mediante o desvio padrão.

No documento são apresentados as tabelas e os gráficos com os perfis segundo as categorias CID-10 sob a denominação de Categorias corrigidas.

Definições adotadas para as categorias de doença e morte

Entende-se por diagnóstico “...ao processo determinante do estado de saúde e dos fatores que os produzem” e por diagnóstico etiológico, em patogêneses, refere-se à origem da doença, ao fator causal. Este pode ser aplicado à pessoa, grupo familiar ou à população. Este termo se aplica tanto ao processo determinante quanto aos seus resultados clínicos (FEINSTEIN, 1987).

Na biomedicina, uma categoria diagnóstica de doença é uma agrupação de signos e sintomas, agrupados por definições adotadas durante o desenvolvimento da ciência médica. Estão associadas a uma etiologia específica (ou ao sinergismo da interação de vários fatores etiológicos), um impacto clínico sobre uma pessoa, um prognóstico e um resultado específico susceptível de tratamento (intervenção) (JENICEK, M. 1996).

Para estabelecer a causalidade nos casos de óbitos, requeresse uma análise dos antecedentes mórbidos de cada caso para análise dos fatores

contribuintes, e dentre estes, identificar a causa básica, ou seja, identificar como causa básica a patogenia ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levaram à morte, ou, no caso de eventos definidos como “causas externas”, as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal, dando origem ao evento de morte.

Nos casos de: natimorto ou nascido morto, mortalidade neonatal precoce ou tardia, foram incorporadas na análise de menos de ano, devido às limitações dos dados da fonte de informação.

13. Morbidade

A saúde pode ser dimensionada diretamente quando o sujeito de análise é a pessoa (avaliação clínica) ou indiretamente quando o sujeito de análise é a população. Estas medidas de saúde são numerosas e geralmente são especificadas segundo as faixas etárias desde o período fetal, elas adotam especificidade segundo os tipos de patologias e do tipo de programas de atenção implementados. Para obtenção das medidas de saúde, são fundamentais as estatísticas vitais e os indicadores demográficos e outros indicadores da condição social da população.

Neste documento, descreve-se a situação de doença e de morte da população indígena a partir dos diagnósticos registrados da avaliação clínica de pacientes atendidos por médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Foram analisados 101.853 diagnósticos registrados no ano 2016, correspondentes às consultas de 44.401 pessoas, em 5 Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Vale do Javari, assim como em 4 áreas dos DSEI Alto Rio Purus, Alto Rio Juruá, Porto Velho, e Yanomami que ocupam parte do estado de Amazonas.

As estatísticas descritivas evidenciam a grande variabilidade na quantidade dos dados entre os DSEI, ainda que existam diferenças atribuíveis ao tamanho da população, sem dúvida os valores de dispersão expressos pelos valores do desvio padrão de cada um deles com 95% de Intervalo de Confiança, demonstram uma dimensão da realização de diagnósticos nos XXI capítulos do CID-10. Esta variabilidade é apresentada no gráfico seguinte.

Gráfico. Dispersão dos tipos de diagnósticos clínicos (n= 101.853) da população indígena do Estado de Amazonas, 2016.

A tabela seguinte apresenta os valores brutos da dimensão dos dados por cada DSEI, segundo sua dispersão expressa no desvio padrão e seu coeficiente de variação. A população das áreas dos DSEI Alto Purús e Yanomami apresenta o menor desvio padrão, devido ao tamanho das populações n=376 e 105, respectivamente.

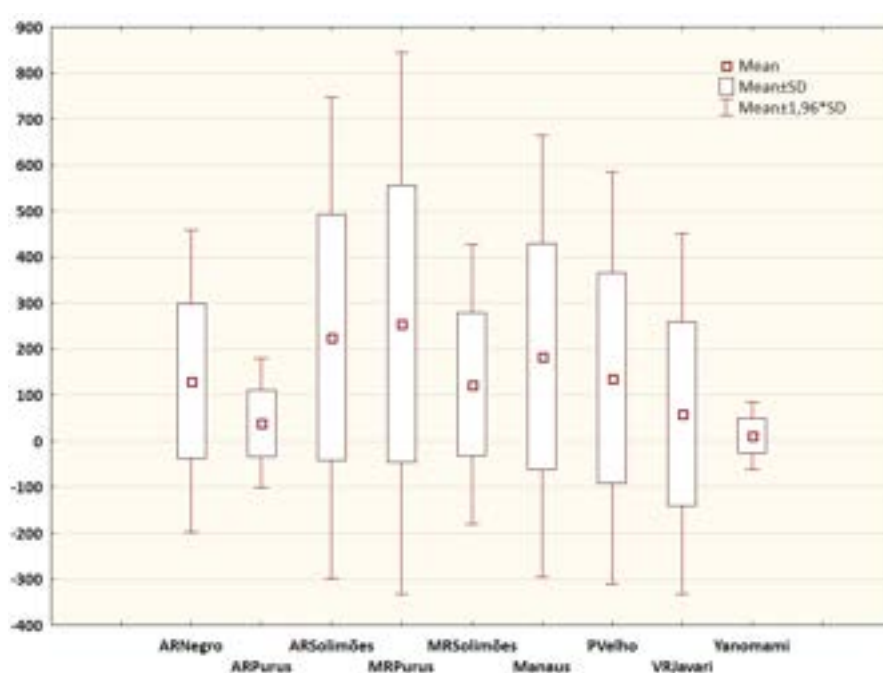


Tabela. Valores descritivos básicos do número de diagnósticos realizados por DSEI durante o ano 2.016.

DSEI	Média	Desvio Padrão.	Coeficiente de Variação.
ARNegro	130,6369	167,7773	128,4302
ARPurus	39,0476	71,8926	184,1152
ARSolimões	224,9161	266,8278	118,6343
MRPurus	255,7836	300,5657	117,5078
MRSolimões	123,4950	154,5908	125,1798

Manaus	184,4280	244,8566	132,7654
PVelho	136,8571	228,5273	166,9824
VRJavari	59,1429	200,1917	338,4884
Yanomami	12,4762	37,4374	300,0711

Os DSEI Médio Rio Purus (n= 20.811) e Alto Rio Solimões (n= 26.940) são os que apresentam uma maior quantidade de consultas e consequentemente uma maior dispersão dos diagnósticos, o que pode ser considerado como uma melhor qualidade na cobertura de atenção da população, seja pela acessibilidade às diferentes faixas etárias, seja pela maior quantidade de diagnósticos diferenciais. O fato de obter estes maiores patamares de registro pode ser considerado também como um aspecto importante da gestão em saúde destes DSEI.

A totalidade dos diagnósticos registrados nos 9 DSEI foram agrupados por faixas etárias segundo os Capítulos CID-10, e são apresentados com dados absolutos. Considerando que existem subregistros de casos e diagnósticos nos DSEI, são também expressos com valores relativos visando demonstrar o peso ou distribuição no perfil de morbidade. Os diagnósticos realizados nos períodos neonatais foram agregados na morbidade menor de um ano devido ao número muito baixo de consultas e/ou registros.

Na tabela seguinte são apresentados os valores absolutos e relativos de todas as categorias de doenças, o Capítulo I após sua correção representa a totalidade das doenças infecciosas que foi acrescido pela transferência de 17.219 diagnósticos dos outros capítulos. As mais importantes correspondem às infecções respiratórias observadas em todas as faixas etárias, mas especialmente, de milhares de casos infantis, e secundariamente das infecções da pele e do tecido subcutâneo, assim como das infecções sexualmente transmissíveis.

Tabela. Número de diagnósticos (n= 101.853), por faixas etárias, segundo capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª Revisão (CID-10) corrigido, da população indígena do estado do Amazonas no ano 2016.

Capítulos CID-10	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total	%
I - Doenças infecciosas e parasitárias	2.152	10.592	7.797	7.456	4.779	4.018	2.581	1.731	2.355	43.461	54,86
XVIII - Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico	338	1.851	1.268	2.079	2.027	1.740	1.131	337	1.249	12.020	15,17
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	6	74	100	410	871	1.338	1.237	1.099	1.567	6.702	8,46
XII - Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	110	668	417	472	393	281	182	133	153	2.809	3,55
XIX - Lesões, envenenamentos	49	354	384	543	380	359	232	160	214	2.675	3,38
XI - Doenças digestivas	25	138	203	444	482	434	288	243	233	2.490	3,14
IX - Doenças do aparelho circulatório	8	18	12	46	74	164	274	445	1.160	2.201	2,78
XIV - Outras doenças do aparelho geniturinário	16	119	63	57	257	79	80	106	266	1.043	1,32
XX - Causas externas	18	64	65	231	207	152	93	59	53	942	1,19
X - Outras doenças respiratórias	85	251	155	115	93	65	55	29	91	939	1,19
VI - Doenças do sistema nervoso	1	43	76	189	191	137	104	68	46	855	1,08
IV - Doenças endócrinas e nutricionais	31	89	23	24	33	69	91	105	206	671	0,85
VIII - Outras doenças do ouvido e da apófise mastóide	13	91	103	132	66	94	56	37	36	628	0,79
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	12	92	96	115	72	63	33	21	65	569	0,72
VII - Outras doenças do olho e anexos	4	12	33	52	67	52	74	68	113	475	0,60
V - Transtornos psicológicos	0	18	12	54	88	103	58	44	39	416	0,53
II - Neoplasias	7	16	11	20	22	17	22	14	27	156	0,20

XV - Doenças na gravidez, parto e puerpério	4	15	8	6	18	14	10	3	14	92	0,12
XVII - Malformações congênicas	5	11	12	8	4	0	0	3	3	46	0,06
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	6	11	10	1	1	1	0	3	0	33	0,04
XXI - Contato com os serviços de saúde	3.250	7.017	466	1.072	1.316	1.062	551	331	226	15.291	15,01
Total de consultas por categorias CID-10 (n=)	6.293	22.575	12.364	15.035	12.417	11.138	7.815	5.486	8.730	101.853	100
Consultas por faixa etária (%)	6,18	22,16	12,14	14,76	12,19	10,94	7,67	5,39	8,57	6,18	
População consultante (n=)	4.208	10.470	5.679	6.816	5.496	4.471	2.783	1.939	2.539	4.208	
Consultas per capita (n=)	1,50	2,16	2,18	2,21	2,26	2,49	2,81	2,83	3,44	2,29	

Na tabela observam-se que as cinco categorias de doenças com a maior frequência de registros representam 85,41% de todas as patologias¹⁶. Da totalidade de registros CID-10, observa-se que o problema fundamental da população é devido às doenças infecciosas e parasitárias (n= 43.461), que representam 54,8% do total de casos.

Em segundo lugar, observa-se o Capítulo “XVIII - Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico ” (n=11.023, 10,82%) que resulta significativo por diversas razões:

- Correspondem às consultas de tipo sintomático (dor, febre, tosse, etc.) que podem não ter uma maior transcendência clínica;
- Aquelas onde existe a impossibilidade de estabelecer um diagnóstico devido a manifestação de sintomas, signos e sinais que não podem ser interpretados desde o paradigma da medicina clínica ocidental quando se trata de quadros de doença das culturas nativas (“patologias de filiação cultural”) como os “feitiços”; e
- Finalmente, pode-se tratar de uma patologia orgânica que requeira estudos complementares e/ou mais especializados, mas quando se

16 Para este cálculo foram excluídas as consultas do Capítulo XXI.

observa uma razão de 1,5 a 2,5 consultas per capita, podem ser insuficientes para estabelecer a etiologia de certas doenças.

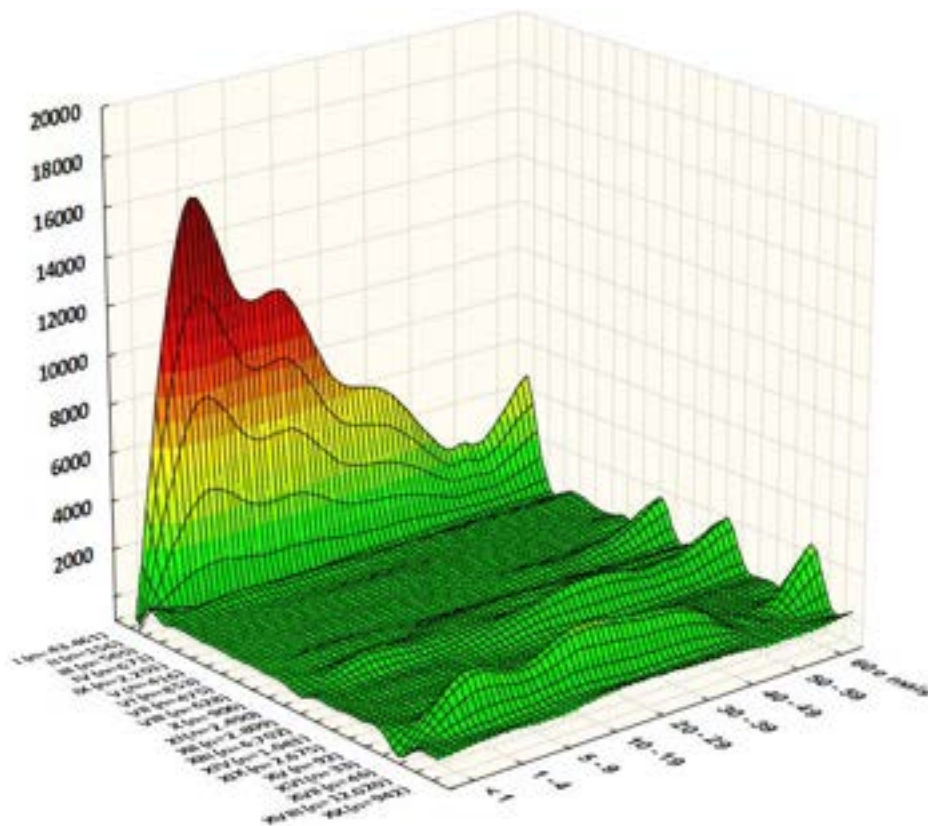
Em terceiro lugar, o Capítulo “XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” (n= 6.702, 8,46%) manifesta os problemas relacionados à condição social devido ao contexto de trabalho de suas economias e exposição ao médio ambiente, considerando que em sua grande maioria se trata de sociedades com economia de caça e coleta.

Os últimos dois capítulos “XII - Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo” (2.809, 3,55%) são registradas como principais patologias, dermatite e eczema, e no Capítulo “XIX - Lesões, envenenamentos” (2.675, 3,38%). predominam os traumatismos e ferimentos.

Em relação ao Capítulo “XXI Contato com os serviços de saúde” (n= 15.291, 15,01%), que está excluído da análise por patologias, os registros são significativos a respeito das consultas para acompanhamento de crianças menores de 4 anos (n=10.290, 67,5%), que representam os esforços de prevenção dos serviços de saúde.

No gráfico seguinte, observa-se a distribuição do número total de diagnósticos de patologias analisadas, segundo capítulos CID-10, por cada grupo etário. É necessário esclarecer que a escala numérica não é uma representação analógica dos valores da tabela nº 3; ela expressa o valor da associação estatística das variáveis, elaborada mediante o método de regressão quadrática.

Gráfico, Distribuição do número de diagnósticos, por capítulos CID-10 (corrigido) por grupos de idade, da população indígena do Estado de Amazonas segundo registros da atenção à saúde, dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (n= 9), 2016.



- I - Doenças infecciosas e parasitárias
- II - Neoplasias
- III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos
- IV - Doenças endócrinas e nutricionais
- V - Transtornos psicológicos
- VI - Doenças do sistema nervoso
- VII - Outras doenças do olho e anexos
- VIII - Outras doenças do ouvido e da apófise mastóide
- IX - Doenças do aparelho circulatório
- X - Outras doenças respiratórias
- XI - Doenças digestivas

XII - Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo

XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

XIV - Outras doenças do aparelho geniturinário

XIX - Lesões, envenenamentos

XV - Doenças na gravidez, parto e puerpério

XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal

XVII - Malformações congênitas

XVIII - Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico

XX - Causas externas

A leitura do perfil epidemiológico pode ser realizada ao longo do ciclo vital, assim como das curvas geradas pela incidência das diversas patologias diagnosticadas. A mudança de cores indica os valores que extrapolam as médias de cada capítulo, que podem ser interpretados como excesso de casos.

Como em outras sociedades, a população entre 5 e 9 anos apresenta um menor número de casos de doença, mas chama a atenção que isto também acontece na faixa etária de 50 a 59 anos, e observa-se também o aumento de números de casos na população de 60 e mais anos.

Na maioria dos capítulos de patologias, observam-se valores muito baixos; isto pode ser explicado pelo tipo de atenção de saúde oferecido à população. As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena têm a prioridade de implementar a atenção básica, e dentro da definição da atenção integrada, os casos de doença susceptíveis de serem tratados por especialistas são referenciados a outros níveis de complexidade do SUS.

A representação gráfica demonstra na variabilidade a tendência de concentração das patologias prevalentes principalmente em três categorias: I - Doenças infecciosas e parasitárias, XVIII - Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico, e XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) e secundariamente em quatro categorias (XII - Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo, XIX - Lesões, envenenamentos, XI - Doenças digestivas e IX - Doenças do aparelho circulatório), estas representam 91,33% de todos os diagnósticos.

As doenças infecciosas apresentam uma significativa prevalência dentre todas as patologias registradas, e além de constituir-se com uma frequência maior da metade de todos os diagnósticos registrados, também são a primeira causa de doença em todas as faixas etárias. Isto constitui-se como um processo que atinge todo o ciclo vital dos indígenas.

Esta característica epidemiológica não representa um novo perfil de morbidade; ele tem uma continuidade histórica secular desde as primeiras crônicas do contato com os portugueses que incursionaram pelo território indígena. A transcendência deste contato foi a partir das consequências de doença e morte, sob a forma de epidemias, que assolaram a região com alto impacto multidimensional: demográfico, econômico, sociocultural e até ideológico na forma de modelo explicativo para a conquista espiritual que acompanhou a colonização.

Sob o impacto das doenças infecciosas, as diversas populações indígenas de diferentes países elaboraram a categoria de “doenças do branco”, “doenças vindas de fora” geralmente àquelas que se apresentam com a modalidade epidêmica, sobre o quadro nosográfico conhecido tradicionalmente nas aldeias, ou seja, das “doenças do índio”. As primeiras epidemias devastadoras foram de varíola e de sarampo, infecções respiratórias (de onde se adota a palavra “gripe”), assim como outras conhecidas pelos nomes genéricos de “febres intermitentes” e outras. Oswaldo Cruz na sua expedição pelo Rio Negro em 1913, constata a alta mortalidade produzida pelo paludismo com quase a exterminação da população nas áreas afetadas.

Ainda que na atualidade observa-se o perfil de prevalência das doenças infecciosas, a mudança mais importante é observada na estrutura da morbidade, a varíola foi erradicada e o sarampo foi sensivelmente diminuído mediante a imunização massiva da população.

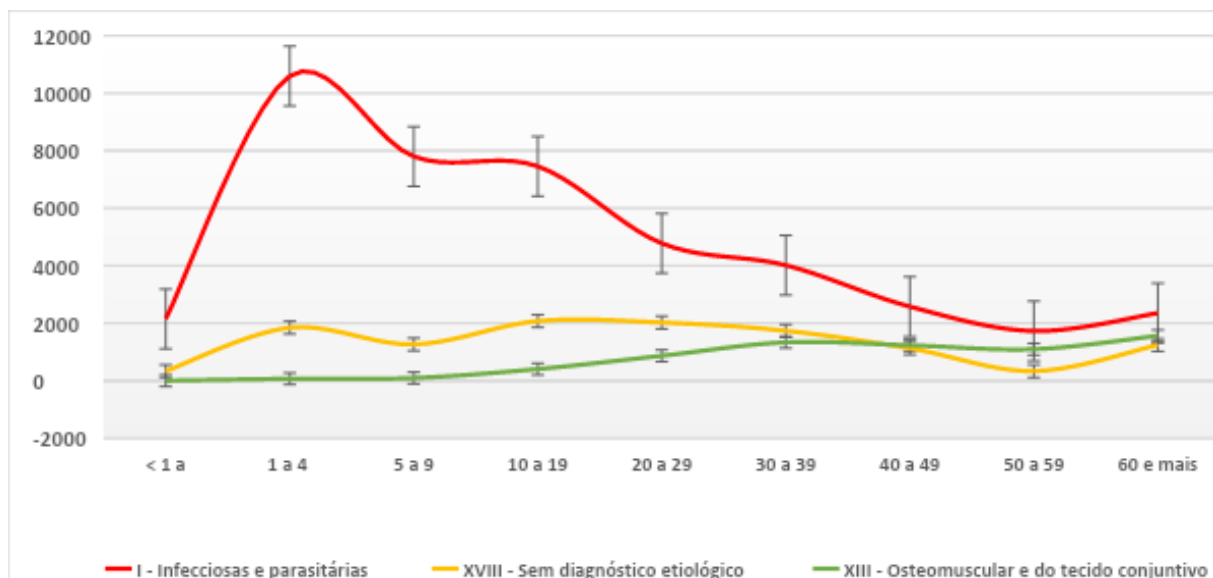


Gráfico faixas etárias, das três principais categorias de análise e sua variabilidade (IC), na população indígena de cada Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado de Amazonas, no ano 2016.

O perfil de morbidade do ano 2016 apresenta uma heterogeneidade de patologias agrupadas em 31 Capítulos do CID-10, a maioria delas são endêmicas e as que tiveram uma modalidade epidêmica foram aos episódio de surtos acontecidos no país, tais como do vírus da imunodeficiência humana, H1N1, e do atual COVID.

Análises em andamento

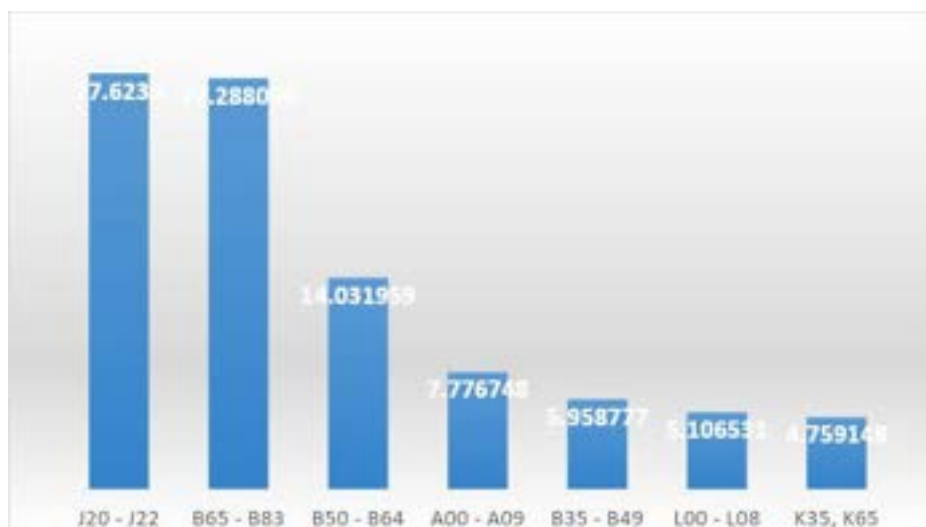


Tabela. Porcentagens de diagnósticos das principais doenças infecciosas

(J20 - J22) Infecções do aparelho respiratório: Infecções agudas das vias aéreas superiores, Influenza (gripe), Bronquite aguda

(B65 - B83) Helminthiases: Parasitose intestinal

(B50 - B64) Infecções devidas a protozoários: Malária por Plasmodium falciparum e vivax

(A00 - A09) Doenças infecciosas intestinais: Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa

(B35 - B49) Micoses

(L00 - L08) Infecções da pele e do tecido subcutâneo: Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz

(K35, K361) Infecções do aparelho digestivo: Doenças do apêndice e Abscesso das regiões anal e retal

Tabela. Número total e porcentagem de diagnósticos por doenças infecciosas

Doenças infecciosas	Total	%
Infecções do aparelho respiratório	11.928	27,62
Helminthiases (B65 - B83)	11.783	27,29
Infecções devidas a protozoários (B50 - B64)	6.059	14,03
Doenças infecciosas intestinais (A00 - A09)	3.358	7,78
Micoses (B35 - B49)	2.573	5,96
Infecções da pele e do tecido subcutâneo	2.205	5,11

Infecções do aparelho digestivo	2.055	4,76
Pediculose, acariase e outras infestações (B85 - B89)	1.038	2,40
Infecções do olho e anexos (H00-H59)	509	1,18
Infecções de transmissão predominantemente sexual (A50 - A64)	399	0,92
Outras doenças por vírus (B25 - B34)	215	0,50
Infecções do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	181	0,42
Infecções do ouvido e da apófise mastoide (H60-H95)	160	0,37
Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas (B00 - B09)	154	0,36
Infecções do aparelho geniturinário	119	0,28
Outras doenças causadas por clamídias (A70 - A74)	110	0,25
Tuberculose (A15 - A19)	96	0,22
Outras doenças bacterianas (A30 - A49)	80	0,19
Hepatite viral (B15 - B19)	33	0,08
Sequelas de doenças infecciosas e parasitárias (B90 - B94)	25	0,06
Infecções do aparelho circulatório	23	0,05
Infecções do sistema nervoso (G00-G99)	18	0,04
Infecções da gravidez, parto e puerpério	15	0,03
Infecções do sistema nervoso (G00-G99)	13	0,03
Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos (B95 - B97)	12	0,03
Infecções originadas no período perinatal	6	0,01
Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90 - A99)	5	0,01
Outras doenças infecciosas (B99 - B99)	5	0,01
Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20 - A28)	2	0,00
Rickettsioses (A75 - A79)	1	0,00
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20 - B24)	0	0,00
Total	43.180	

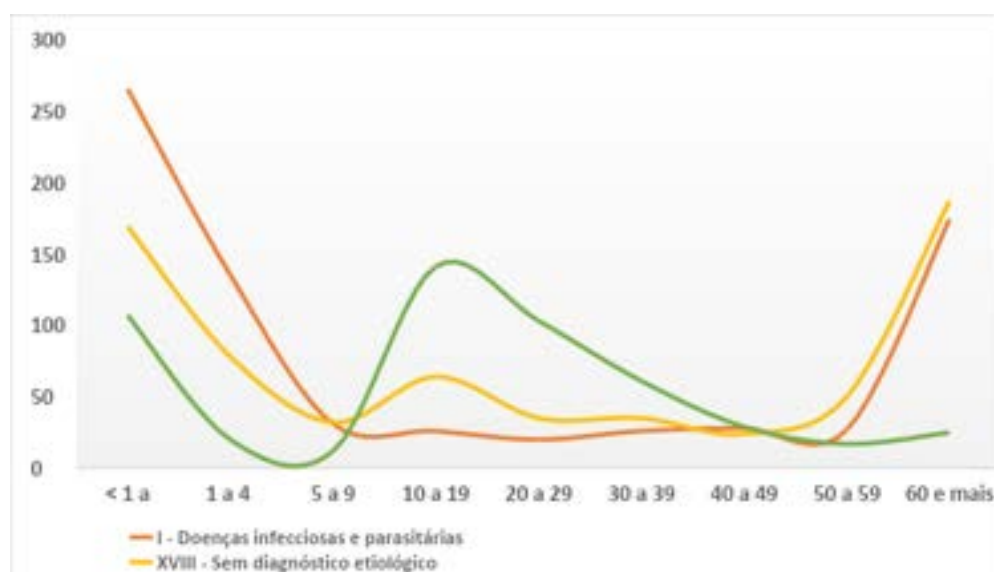
14. Mortalidade (Análises em andamento)

Capítulos CID-10	< 1 a	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Idade Ignor ada	TOTAL	%
I - Doenças infecciosas e parasitárias	265	135	31	26	20	26	28	27	174	58	790	19,95
XVIII - Sem diagnóstico etiológico	169	78	32	64	35	35	24	50	187	107	781	19,72
XX - Causas externas	107	20	12	141	103	61	29	17	25	34	549	13,86
IX - Doenças do aparelho circulatório	28	14	3	7	13	11	7	20	216	56	375	9,47
IV - Doenças endócrinas e nutricionais	60	33	12	6	6	2	7	8	72	41	247	6,24
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	207	8	1	1	0	1	1	0	1	25	245	6,19
X - Outras doenças respiratórias	66	20	4	15	6	6	5	11	52	46	231	5,83
XV - Doenças na gravidez, parto e puerpério	21	53	14	10	3	8	5	4	29	5	152	3,84
XIX - Lesões, envenenamentos	16	15	6	6	21	11	6	8	18	15	122	3,08
II - Neoplasias	1	1	1	5	6	10	8	17	50	11	110	2,78
XI - Doenças digestivas	9	9	0	5	4	11	10	8	18	24	98	2,47
XIV - Outras doenças do aparelho geniturinário	8	2	0	3	3	2	3	5	31	15	72	1,82
XXI - Contato com os serviços de saúde	40	0	0	1	0	0	2	0	3	5	51	1,29
VI - Doenças do sistema nervoso	6	4	0	3	3	2	7	0	7	8	40	1,01
XVII - Malformações congênitas	29	2	0	0	0	0	0	0	1	2	34	0,86
V - Transtornos psicológicos	0	0	0	8	10	3	1	2	0	1	25	0,63
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	1	1	1	4	5	2	0	0	7	1	22	0,56
XII - Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	7	0,18

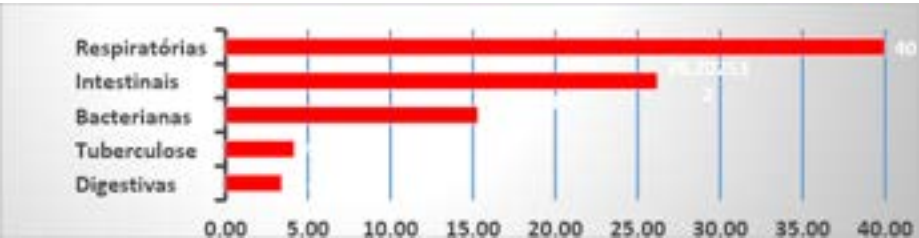
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	1	0	1	0	0	1	0	2	1	6	0,15
VII - Outras doenças do olho e anexos	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0,08
VIII - Outras doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
Total de diagnósticos por categorias CID-10	1.035	396	117	307	238	192	144	177	896	458	3.960	
Porcentagem mortalidade por faixa etária	26,14	10,00	2,95	7,75	6,01	4,85	3,64	4,47	22,63	11,57		

Total das principais causas de óbito (N=2.120; 53,54%) segundo faixas etárias e capítulos CID-10, que aconteceram entre 2012 e 2015 na população indígena do estado de Amazonas.

Porcentagem de óbitos por tipo de doenças infecciosas



Porcentagem de óbitos por causa externa



Total de causas de óbito e porcentagens por doenças infecciosas (n=790) segundo faixas etárias e capítulos CID-10, que aconteceram entre 2012 e 2015 na população indígena do estado de Amazonas.

Infecções do aparelho respiratório	317	40,13
Doenças infecciosas intestinais (A00 - A09)	207	26,20
Outras doenças bacterianas (A30 - A49)	121	15,32
Tuberculose (A15 - A19)	33	4,18
Infecções do aparelho digestivo	27	3,42
Hepatite viral (B15 - B19)	18	2,28
Infecções devidas a protozoários (B50 - B64)	18	2,28
Infecções originadas no período perinatal	12	1,52
Infecções do sistema nervoso (G00-G99)	6	0,76
Infecções da pele e do tecido subcutâneo	6	0,76
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (B20 - B24)	5	0,63
Helmintíases (B65 - B83)	5	0,63
Infecções da gravidez, parto e puerpério	5	0,63
Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos (B95 - B97)	3	0,38
Infecções do aparelho geniturinário	3	0,38
Outras doenças infecciosas (B99 - B99)	2	0,25
Micoses (B35 - B49)	1	0,13
Infecções do aparelho circulatório	1	0,13
Total	790	100,00

15. Referências

Adams C, Murrieta R, Neves WA. Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade. Annablume: São Paulo; 2006.

Barbosa, Marco Antônio. Direito antropológico e terras indígenas no Brasil. São Paulo: Plêiade: Fapesp, 2001.

Barth F. "Introduction": 9 - 38, en F. Barth (dir.), "Ethnic groups and boundaries". Allen & Unwin, Londres. 1969.

Beaucage P. "L'Enfer ou paradis perdu: les sociétés chasseurs-cueilleurs" La Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie, 13:397-412. 1976

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Cunha, Manuela Carneiro da. História dos índios no Brasil. In: História dos índios no Brasil. 2009. p. 609-609.

De Miranda, Evaristo Eduardo. Quando o Amazonas corria para o Pacífico: uma história desconhecida da Amazônia. Editora Vozes, 2007.

Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. Cad Saude Publica. 2015;31(6):1163-74.

Garnelo L, Lima JG, ESC R, Herkrath FJ. Access and coverage of Primary Health Care for rural and urban populations in the northern region of Brazil. Saude Debate. 2018;42(spe1):81-99

Garnelo, Luiza et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. International journal for equity in health, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2020.

Geertz, C., 1983. Local Knowledge. New York: Basic Books.

Godoy, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de empresas, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

Gondim, Neide. A invenção da Amazônia. São Paulo: Marco Zero. 1994

Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the family health strategy: infrastructure, care, and management. Cad Saude Publica. 2018;34(5):e00110417

Harris M. Presente Ambivalente. Uma maneira amazônica de estar no tempo. In: Adams C, Murrieta R, Neves WA, editors. Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade. São Paulo: Annablume; 2006. p. 81–107

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9160-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo-15.html?t=o-que-e>
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/precos-e-custos/9160-indice-nacional-de-precos-ao-consumidor-amplo-15.html?t=o-que-e>

Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev Econ Sociol Rural. 2005;43(1):29–44.

Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2015;15(1):91–104.

Lee, R. “Existe-t’il un mode de production forrageur” Anthropologie et Sociétés 1980, vol.4 n° 3:59-74, 1980.

Lima D, Pozzobon J. Amazônia socioambiental: sustentabilidade ecológica e diversidade social. Estudos Avançados. 2005;19(54):45–76.

Lipiansky E.M. “Identité, communication et rencontres inter-culturelles”, Cahiers de sociologie économique et culturelle, n° 5: 7 – 49. 1986.

López Austin A. "Cuerpo Humano e Ideología: Las concepciones de los antiguos Nahuas. (Vol. I y II). Universidad Nacional Autónoma de México, México. 1989.

Loukotka, C. "Classification of South American Indians Languages" University of California, Los Angeles. 1968.

Marinho TP, Schor T. In the interfluvies of the rural and the urban in the Amazon: the case of Codajás, Amazonas-Brazil. *Acta Geográfica*. 2012;6(11): 69–81.

Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, da Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):35–43

MS (Ministério da Saúde), 1998. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: MS.

Nugent S. Utopias e distopias na paisagem social amazônica. In: Adams C, Murrieta R, Neves WA, editors. *Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Annablume; 2006. p. 33–44.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica*. 2002;18(6):1639–46.

Padoch C, Brondizio E, Costa S, Pinedo-Vasquez M, Sears R, Siqueira A. Urban Forest and rural cities: multi-sited households, consumption patterns, and Forest resources in Amazonia. *Ecol Soc*. 2008;13(2):2.

Reis, Roberta Aguiar Cerri. Nós, os outros e os "parentes": política e povos indígenas no contexto de implantação da hidrelétrica de Belo Monte. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. 2015.

Reis, Roberta Aguiar Cerri, Albertoni Lucas. Questões epidemiológicas e desafios no atendimento aos chamados povos isolados. Uma experiência de contato com os Korubo. *Amazônica-Revista de Antropologia*, v. 9, n. 2, p. 808-831, 2018.

Santilli, Paulo. Trabalho escravo e brancos canibais. *Pacificando o branco-cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo, Ed. UNESP/Imprensa Oficial do Estado, p. 498, 2002.

Scheffer, M. et al. 2018. Demografia Médica no Brasil 2018. . São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4 Disponível em: <http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>

<http://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>

Silva RHA, Castro RFM, Bastos JRM, Camargo LMA. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2010;15(suppl1):1475–80.

Silva SA, Moura EC. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. Cad Saude Publica. 2010;26(2):273–85

Silveira RP, Pinheiro R. Entendendo a necessidade de médicos no interior da Amazônia - Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica. 2014;38(4):451–9

Tilkin Gallois, D. Terras ocupadas? Territórios? Territorialidades? In Ricardo, F. (Org.) Terras Indígenas e Unidades de Conservação da Natureza. O desafio das sobreposições territoriais, Instituto Socioambiental São Paulo, 2004.

Anexo 1: Regiões de Saúde no AM

MACRO REGIONAL	REGIONAL / MICRO REGIONAL	MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA		MUNICÍPIO
		Regional *	Microrregional	
MANAUS	REGIONAL JURUÁ Microrregionais: - Eirunepé - Carauari - Guajará	Eirunepé	Eirunepé	Eirunepé
				Envira
			Carauari	Carauari
				Itamarati
			Guajará	Guajará
				Ipixuna
	REGIONAL TRIÂNGULO Microrregional: - Tefé	Tefé	Tefé	Tefé
				Japurá
				Maraã
				Juruá
				Uarini
				Alvarães
	REGIONAL RIO NEGRO / SOLIMÕES Microrregionais: - Manacapuru - Coari	Manacapuru	Coari	Coari
				Codajás
			Manacapuru	Manacapuru
				Novo Airão
				Anamá
				Anori
				Beruri
				Caapiranga
	REGIONAL BAIXO AMAZONAS Microrregionais: - Parintins - Maués	Parintins	Maués	Maués
				Boa vista do Ramos
			Parintins	Parintins
				Barreirinha
				Nhamundá
	REGIONAL MÉDIO AMAZONAS Microrregionais: - Itacoatiara	Itacoatiara	Itacoatiara	Itacoatiara
				Silves
				Itapiranga
				São Sebastião do Uatumã
				Urucará
				Urucurituba

*Município da regional onde será instalado o Escritório (Diretoria) Regional de Saúde da SES/AM e a Comissão Intergestores Regional (CIR)

Anexo 2 - Passo a passo para acesso do gestor municipal ao custeio mensal

MACRO REGIONAL	REGIONAL/ /MICRO REGIONAL	MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA		MUNICÍPIO
		Regional *	Microrregional	
MANAUS	REGIONAL ALTO SOLIMÕES: Microrregionais: - Tabatinga - Santo Antonio do Içá - Fonte Boa	Tabatinga	Tabatinga	Atalaia do Norte
				Benjamin Constant
				Tabatinga
			Santo Antonio do Içá	São Paulo de Olivença
				Amaturá
				Santo Antônio do Içá
				Tonantins
			Fonte Boa	Fonte Boa
				Jutai
	REGIONAL RIO MADEIRA Microrregionais: - Borba - Humaitá	Humaitá	Borba	Borba
				Novo Aripuanã
			Humaitá	Apuí
				Humaitá
				Manicoré
	REGIONAL ENTORNO DE MANAUS E RIO NEGRO Microrregionais: - Manaus - São Gabriel da Cachoeira	Manaus	Manaus	Manaus
				Presidente Figueiredo
				Rio Preto da Eva
				Irlanduba
				Careiro da Várzea
				Careiro Castanho
				Manaquiri
				Autazes
				Nova Olinda do Norte
			São Gabriel da Cachoeira	São Gabriel da Cachoeira
				Santa Isabel do Rio Negro
				Barcelos
	REGIONAL PURUS: Microrregionais: - Boca do Acre - Lábrea	Lábrea	Boca do Acre	Boca do Acre
				Pauini
			Lábrea	Lábrea
				Canutama
				Tapauá

Passo 1 – Elaboração pelo município do projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF), com os planos da embarcação e fotos dos ambientes internos e externos, obedecendo-se a estrutura física mínima e os equipamentos exigidos pela Portaria nº 2.436/GM/MS de 2017, apresentando:

- Território a ser coberto, com estimativa da população residente e os rios do circuito de deslocamento;
- Listagem com o número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando a localidade de sua responsabilidade e estimativa de pessoas cobertas pela sua atuação;
- Programação de viagens/ano com itinerário das comunidades atendidas, considerando o retorno da equipe de Saúde da Família Fluvial, ao menos, a cada 60 dias, conforme previsto na Portaria nº 2.436/ 2017;
- Circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios os quais a UBSF percorrerá;
- Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas);
- Descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados;
- Descrição de como a gestão municipal apoiará a ESFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação do trabalho das equipes;
- Estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na Unidade Básica de Saúde Fluvial;
- Nos arranjos em que a ESFF contar com Unidades de Saúde de Apoio para o atendimento, relação da quantidade e as comunidades em que estão localizadas no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES;
- Nos arranjos em que a ESFF contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES;
- No caso de a Unidade de Saúde da Família Fluvial atender mais de um município, indicar o município-sede que receberá os recursos federais.

Passo 2 – Este projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR), e enviado para a Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Passo 3 – A SES envia a resolução CIB e a documentação solicitada para o Ministério da Saúde para a análise do DAB:

- Resolução CIB;
- Projeto de implantação com planos e fotos da embarcação;

- Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos);
- Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02).

Passo 4 – O MS publica a portaria de credenciamento da UBSF.

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/ubsf>, último acesso em 11/12/2020.



Sumário

1. Apresentação -----	122
2. Características históricas e culturais -----	123
3. Características territoriais -----	131
4. Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas -----	137
5. Saúde da população indígena no estado do Amazonas -----	171

Lista de siglas

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APA: Área de Preservação Ambiental

APS: Atenção Primária à Saúde

CEO: Centros de Especialidades Odontológicas

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI: Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas

ESFR: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ESFF: Equipe de Saúde da Família Fluvial

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FVS: Fundação de Vigilância em Saúde

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

RDS: Reserva de Desenvolvimento Sustentável

SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SASISUS: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SEMA-AM: Secretaria do Meio Ambiente do Estado do Amazonas

SES-AM: Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI: Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluvial

1. Apresentação

O presente relatório tem como objetivo apresentar diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica referente ao Produto 3 no âmbito da consultoria “Diagnóstico situacional sobre SUS com foco no atendimento de populações indígenas e ribeirinhas.”

Para tanto, foi realizado um estudo preliminar do perfil sócio-demográfico e epidemiológico (morbi-mortalidade) das doenças e agravos de maior incidência na população indígena e ribeirinha no estado do Amazonas. Além disso, foi realizado levantamento e análise quantitativa da estrutura e programas da rede de atenção em saúde da população ribeirinha e indígena dos DSEI do estado do AM.

2. Características históricas e culturais

2.1 Povoamento e formação cultural da Amazônia

A região amazônica é um território de aproximadamente 6 milhões de km² de floresta tropical úmida, sendo que 60% desta área está localizada no Brasil. Seus limites perpassam a bacia hidrográfica do rio Amazonas e seus afluentes, sendo parte da região também localizada na bacia do rio Orinoco e nas Guianas. A Amazônia é formada por 25.000 km de rios navegáveis, em cerca de 6.900.000 km², dos quais aproximadamente 3.800.000 km² estão no Brasil. Já a Amazônia Legal, estabelecida no artigo 2 da lei nº 5.173, de outubro de 1966, abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, parte do Maranhão e cinco municípios de Goiás. Ela representa 59% do território brasileiro, distribuído por 775 municípios, onde viviam, em 2000, segundo o Censo Demográfico, 20,3 milhões de pessoas (12,32% da população nacional), sendo 68,9% desse contingente em zona urbana e 31,1% na área rural.

O complexo social da Amazônia é atualmente formado por um conjunto de valores, crenças, atitudes e modos de vida decorrentes de um processo de trocas culturais herdadas de diferentes povos indígenas, em especial no que se refere ao sistema de conhecimentos, práticas e usos dos recursos naturais extraídos da floresta, rios, lagos, várzeas e terra firme. A esses valores e culturas, foram sendo incorporados outros modos de viver, técnicas, instituições, motivações e incentivos difundidos pelos colonizadores e povoadores da Amazônia moderna e contemporânea, entre eles: portugueses, espanhóis, migrantes nordestinos e de outras regiões brasileiras, além de contribuições africanas, semíticas e asiáticas (Benchimol, 2010).

A seguir, será desenvolvido um breve resumo sobre a ocupação humana na região, com o objetivo de apontar as bases da formação cultural e social das comunidades ribeirinhas e indígenas. Essa reflexão histórica é o ponto de partida para a análise do perfil sócio epidemiológico e do processo saúde-doença nas comunidades em referência.

Para efeito de estudo sobre ocupação humana na Amazônia, consideram-se

quatro regiões bem diferenciadas (Neves, 2006). A primeira corresponde às áreas de cabeceira do rio Amazonas e seus afluentes. A segunda é formada pelas várzeas ou planícies inundáveis pelas enchentes sazonais na bacia amazônica; que são as áreas ribeirinhas localizadas junto aos rios, lagos e igarapés da região. A planície aluvial da Amazônia constitui terras férteis que são regeneradas pelos depósitos sedimentares vulcânicos, e onde se encontra também uma rica fauna aquática e ribeirinha.

A terceira é a imensa zona interfluvial chamada “terra firme” – áreas não alagáveis e distantes dos grandes rios. Na terra firme, encontram-se colinas e planaltos onde abundam a fauna arborícola e a terrestre, que se encontra dispersa nestes ecossistemas (Meggers, 1971). Por fim, a quarta região inclui as zonas de estuário e litoral, localizadas no Pará, Maranhão e Macapá.

Registros arqueológicos comprovam o povoamento da região amazônica há pelo menos 11.000 anos por habitantes que tinham uma economia baseada na caça, pesca e coleta de frutos¹⁷ (Miranda, 2007; Neves, 2006). Antes da chegada dos colonizadores portugueses, a região amazônica já era um importante centro de inovação cultural nas Américas. A atual diversidade de línguas indígenas na Amazônia é uma prova dessa antiga e complexa ocupação humana. Ademais, o estudo de artefatos encontrados na região revela padrões tecnológicos que indicam que a maior parte da extensão dos principais rios amazônicos estava ocupada por assentamentos humanos.

Esses estudos arqueológicos apontam ainda que nessas áreas existiam sociedades mais complexas do que pensávamos, e que eram diferentes dos grupos ou aldeias indígenas da Amazônia atual. É possível, também, que a Amazônia tenha sido mais propícia à ocupação humana do que é hoje. Entretanto, os conquistadores europeus se apoderaram dessas áreas de melhores recursos, afastando grande parte dos povos indígenas para o interior das florestas. De acordo com alguns pesquisadores, as correntes migratórias pioneiras foram possíveis após a domesticação da mandioca amarga e da batata doce e pela introdução do milho nas áreas férteis da várzea há aproximadamente 3.000 anos (Miranda, 2007).

¹⁷ Os animais aquáticos são considerados uma fonte alimentar previsível e abundante na Amazônia. Há uma grande variedade não só de peixes como de mamíferos (como o peixe-boi), répteis e aves. Sendo assim, as áreas ribeirinhas são mais ricas em recursos que as áreas de terra firme.

A riqueza dos recursos da várzea e as técnicas de armazenamento nas áreas ribeirinhas permitiram a emergência de organizações sociais com chefias poderosas que controlavam milhares de habitantes aglomerados em cidades (Omagua, Tapajós, Cocama) às margens dos grandes rios. Também é fato conhecido que esses povos praticavam um comércio baseado em redes regionais, as quais foram rapidamente desfeitas ou desarranjadas pela expansão colonial europeia.

A colonização e a expansão do império português exigiram a mobilização de diferentes grupos sociais: militares, sertanistas, missionários, colonos e indígenas. Ao longo de mais de duzentos anos de presença nas colônias do Grão-Pará, Maranhão e Rio Negro, a influência portuguesa se fez sentir de forma profunda na vida e cultura da região (Benchimol, 2010).

A primeira frente de expansão colonial sobre a região amazônica se deu em meados do século XVI e início do século XVII, e foi baseada na busca e exploração do ouro. Todavia, tal frente não obteve os resultados esperados e recuou. Alguns fatores explicam a derrocada; dentre eles, o fato de não conseguirem mão-de-obra indígena, já que muitos grupos fugiram ou foram extintos pelas epidemias ou eram mesmo insubmissos à pressão da força invasora da conquista. E foi justamente a questão da obtenção e adaptação de mão-de-obra que fez com que surgisse a segunda frente de colonização: o estabelecimento de ordens missionárias na região, que perdurou fortemente até meados do século XVIII (Cunha, 2009 e Santilli, 2002).

É a partir da presença dos jesuítas que começa a se formar um novo mundo amazônico. Assim como ocorrera na costa brasileira, a consequência mais importante da implantação missionária foi a separação dos grupos indígenas entre os “mansos”, que eram os indígenas colaboradores e fiéis, e os “bravos”, aqueles que não aceitavam a cristianização. Estes últimos se interiorizaram para dentro da floresta. A população residente nessas zonas interfluviais tinha uma relativa proteção pela ausência de vias de comunicação e pela extrema dispersão de seu habitat. No entanto, como os colonizadores europeus ocasionaram a desagregação de uma população inicialmente numerosa e pertencente a sociedades complexas?

Em primeiro lugar, as epidemias trazidas da Europa geraram uma profunda desestruturação social, econômica e psicológica na população

amazônica. Vítimas do choque epidemiológico produzido pela conquista e pela colonização, estima-se que apenas um terço (1/3) da população dos 5 milhões que ocupavam o território amazônico sobreviveu (Denevan, 1976). Além disso, a introdução de ferramentas e de outros bens manufaturados interrompeu ou transformou os circuitos de comércio tradicionais já afetados pelo medo das epidemias.

Por fim, destaca-se também o papel importante de grupos indígenas cuja estratégia de sobrevivência implicava em colaborar com os colonizadores, inclusive na captura de escravos. Dentre os efeitos mais importantes dessa época, estão a mudança no modelo de habitação e de territorialidade indígena.

Ao invés de aldeias numerosas interligadas por uma rede de comércio e parentesco, os grupos indígenas tiveram que se dispersar em unidades domésticas em locais mais inóspitos. Como se isolavam, suas culturas e economias passaram a ficar atomizadas; ou seja, aos poucos, não eram mais interdependentes de uma rede populacional, mas imersos em sua unidade familiar e local.

Por outro lado, os grupos escravizados, colaboradores ou que estabeleceram um mecanismo de troca com os colonizadores, tais como os casamentos entre soldados e mulheres indígenas, tiveram sua identidade cultural dissolvida ou reduzida. Ainda assim, muitos grupos mantiveram sua língua e o sistema xamânico como principal manifestação religiosa.

No final do século XVIII, a população indígena já estava bastante reduzida. À medida que muitos colonizadores começaram a abandonar certas regiões no interior da Amazônia, alguns grupos indígenas retornaram para a margem dos grandes rios, que neste momento histórico já estavam ocupados por populações mestiças (Cunha, 2009).

A Amazônia, que era até então exclusivamente indígena, tornou-se "iberíndia" (Benchimol, 2010), sendo os portugueses, até início do século XX, o maior grupo de estrangeiros a ocupar a Amazônia. Contudo, a população era bem mais índia do que lusa. De toda maneira, a "iberíndia" amazônica teve sua situação cultural transformada na época da borracha, quando se tornou também nordestina devido ao aporte do considerável contingente de mais de 500.000 migrantes vindos do Nordeste durante o ciclo da borracha.

Por volta de 1875, a borracha começa a ser explorada na Amazônia, retomando uma nova fase de colonização na região. O período que segue atinge seu auge entre 1890-1900. O *boom* da borracha acarretou em uma expansão das relações que ligavam os colonizadores brancos aos povos indígenas e tradicionais. Foi nesse período que se introduziu o sistema de *patronagem* ou sistema de aviamento, que muito impactou as relações sociais e econômicas da época.

A *patronagem* é um termo utilizado para referir-se a um modo de utilização de mão-de-obra dos povos locais e de nordestinos, o qual exerceu, até 1960-70, uma profunda influência sobre o mundo indígena na Amazônia. O fenômeno consiste em uma relação de fidelidade entre empresários particulares (muitos deles eram portugueses) ou entre fazendeiros que trocavam produtos manufaturados pela extração da borracha feita por indígenas, por regionais e nordestinos. Contudo, tratava-se mais de uma servidão por dívida do que um pagamento por realização de serviços (Koch-Grümborg [1979-1982] in Santilli, 2002: 496). Observa-se que essa relação de trabalho estabelecida não propiciou desenvolvimento social para a população amazônica, mas acarretou o aumento das desigualdades observadas atualmente. Muitos nordestinos que não conseguiam pagar suas dívidas, abandonaram o corte da seringa pela agricultura de subsistência complementada pelo extrativismo, pela caça de animais silvestres e pela pesca nos rios e lagos. Já assimilados à vivência amazônica, esses migrantes nordestinos também se integraram aos "caboclos do beiradão", constituindo assim a formação cultural daqueles que hoje chamamos de ribeirinhos.

Cabe mencionar que no pólo oposto daqueles povos que participam de várias esferas da sociedade amazônica estão os grupos ou indivíduos que recusam o contato com a população não-indígena, são os denominados Povos Indígenas Isolados. Entende-se que os grupos identificados como isolados decidiram se manter afastados da sociedade nacional em virtude dos efeitos danosos desencadeados por situações coloniais de contato vivenciados por eles mesmos ou por outros grupos com os quais mantinham relações de troca. O território brasileiro possui a maior concentração mundial de povos indígenas classificados como isolados, os quais estão altamente vulneráveis a doenças epidêmicas (Reis e Albertoni, 2018). A maior parte desses grupos estão

localizados a oeste e a noroeste da Amazônia brasileira, principalmente nos estados do Amazonas e Acre, mas também há presença de povos isolados na região amazônica dos países: Peru, Colômbia, Equador e Venezuela.

Atualmente, muitos dos povos indígenas amazônicos mantêm um estilo de vida tradicional, participando de forma marginal nos processos econômicos vindos de fora. Já as comunidades ribeirinhas, possuem modos de viver aprendidos pelos indígenas, principalmente no que diz respeito à relação com os recursos naturais, mas também adaptados a partir das trocas culturais consequentes da colonização portuguesa e da migração nordestina.

2.2 Cultura e modos de vida

Como todo grupo humano, os povos amazônicos têm culturas que resultam da história de relações que se dão entre os próprios homens e entre estes e o meio ambiente. A Amazônia é, portanto, constituída de várias sociedades, comunidades ou povos com costumes diferentes: diferentes festividades, alimentos e linguagens são adotados em diferentes regiões. Embora os modos de vida se assemelhem, não é possível homogeneizar os padrões culturais amazônicos, tendo em vista a diversidade de povos e das trocas culturais resultantes da colonização e do povoamento amazônico.

Deste modo, não pretendemos utilizar uma categoria genérica para povo indígena ou ribeirinho. O conceito de cultura será desenvolvido sobretudo para que este possa ser diferenciado dos fatores desencadeados pelo modo de vida local, este sim um ponto de convergência entre a população indígena e a ribeirinha. Embora seja importante o entendimento do que estamos categorizando como cultura, o tempo e escopo dedicados a este trabalho não nos permitirão uma análise antropológica das comunidades estudadas. Ainda assim, o fator cultural não deve ser completamente descartado do estudo. Diante disso, iremos distinguir a seguir as categorias “cultura” e “modos de vida”.

De maneira bastante genérica, utilizamos a palavra “cultura” para

classificar diferenças de hábitos e costumes. Podemos definir cultura como sendo todo o comportamento apreendido que irá determinar o comportamento do homem e justificar suas ações. A cultura é um fenômeno natural na humanidade – não existe povo sem cultura – e ela é resultante da experiência histórica das gerações anteriores de cada povo ou nação.

Também devemos entender a cultura como comportamentos que se atualizam nas situações interativas com outras etnias. A interação produz cultura e a transforma, à medida em que põe à prova a organização do grupo e as instituições centrais geradoras de valores de identificação. As identidades indígenas, por exemplo, podem ser entendidas como a expressão de um processo social e cultural, onde existe uma noção do estabelecimento de vínculos de pertencimento e cosmologia própria que dará significado à natureza e à humanidade de forma própria a partir de atributos históricos e de trocas culturais anteriores.

Os modos de vida dizem respeito aos sistemas de técnicas empregados no cotidiano, bem como às percepções objetivas e subjetivas da realidade. Da herança cultural indígena, destacam-se muitas contribuições indígenas ao modo de vida das comunidades que vivem no interior da Amazônia, dentre elas:

- O conhecimento dos rios, igarapés e lagos como meio de transporte, fonte de água doce, viveiro de plantas, de peixes, animais e gramíneas; bem como seu aproveitamento e convivência com o regime de enchentes e vazões fluviais;
- O uso da floresta e de seus recursos;
- As práticas agrícolas dos roçados de mandioca e o seu preparo;
- As técnicas de desmatamento e remanejamento da floresta;
- A caça e a identificação de animais silvestres;
- A pesca e identificação das principais espécies, bem como dos instrumentos e artefatos de apanha e captura;
- A construção de casas propícias para evitar o alagamento pelas enchentes, como casas flutuantes, tapiris, marombas, palafitas e malocas;
- O artesanato de cuias, paneiros, cestos, tipitis, redes, produtos de cerâmica

e de objetos de adorno, como a arte indígena plumária;

- A culinária e preparo de peixes e carnes de animais de casco e seus ovos;
- O conhecimento e utilização de frutos silvestres comestíveis, como tucumã, pupunha, cupuaçu, bacuri, pajurá, murici, açaí, bacaba, patauá, uixi, mangaba, buriti, castanha do-pará, ingá, jenipapo, entre outros;
- A preparação de raízes e tubérculos de alto valor alimentício, como a mandioca, macaxeira, cará e outros rizomas;
- A utilização de resinas como o breu branco, óleo de andiroba, essência de pau-rosa, louro-pimenta, e de raízes aromáticas como o patchouli e priprioca;
- A utilização de fibras como a piaçava, tucum, samaúma, entre outros;
- A utilização de plantas e ervas medicinais;
- A utilização de especiarias, como pimentas, urucum, jarina, cacau e outras;
- A utilização de alucinógenos como ayahuasca, de estimulantes como guaraná, e catuaba e de plantas tóxicas e venenosas como curare e timbó, entre outros;
- A preponderância de hábitos alimentares baseados no complexo da mandioca e de seus derivados; e
- A tradição de suas lendas, mitos, crenças e histórias.

As características mencionadas compõem em maior ou menor importância os modos de vida das comunidades indígenas que vivem no interior da Amazônia. Esses modos de vida também estão presentes nas comunidades ribeirinhas, tendo em vista a relação histórica entre indígenas, colonizadores portugueses e nordestinos. Contudo, trata-se de uma herança cultural adaptada aos valores configurados em um sincretismo católico-ameríndio, marcada também pela aclimação de plantas exóticas ao meio, como a manga, jaca, coco, cana-de-açúcar, dentre outras; e sobretudo orientadas pelas necessidades de sobrevivência ao longo dos tempos e dos ciclos econômicos.

compõem o Estado, destacam-se:

- 62 municípios;
- 42 unidades de conservação (sendo oito de proteção integral e 34 de uso sustentável)² e
- 164 terras indígenas³.

AMAZONAS



Características da população médica

Número de registros de médicos	4.844
População no estado	4.063.614
Razão médico por 1.000 habitantes	1,19
Masculino	53,9%
Feminino	46,1%
Razão masculino/feminino	1,17

Formação

Generalistas	46,8%
Especialistas	53,2%
Razão Especialista/Generalista	1,14

Idade

≤ 29 anos	13,9%
30 - 34 anos	17,3%
35 - 39 anos	14,2%
40 - 44 anos	12,4%
45 - 49 anos	10,6%
50 - 54 anos	8,5%
55 - 59 anos	6,7%
60 - 64 anos	5,8%
65 - 69 anos	6,9%
70 - 75 anos	3,7%

	Média (anos)	DP
Idade	44,3	13,2
Tempo de formado	16,8	13,1

Indicadores da capital

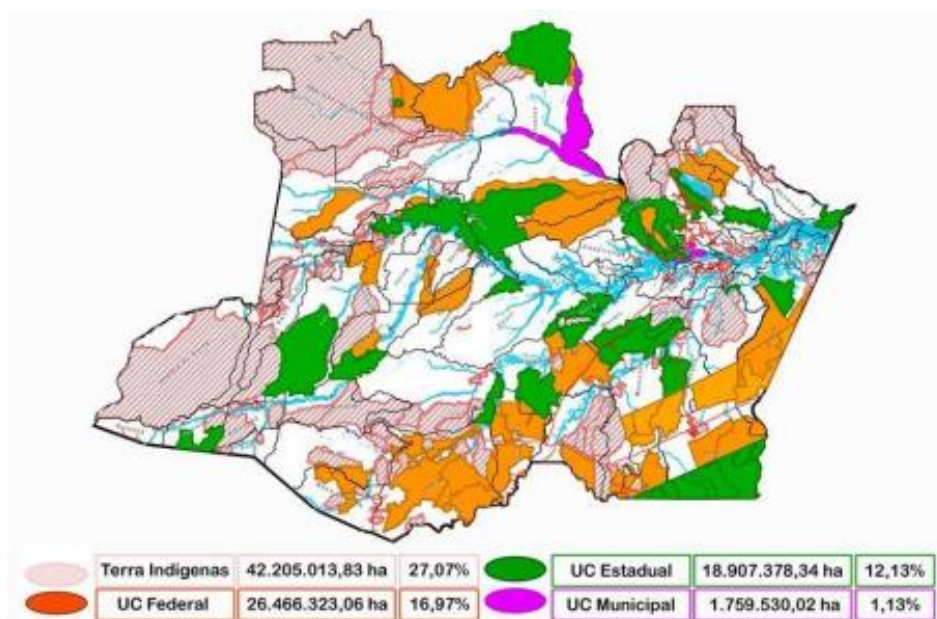
Número de registros de médicos	4.508
População da capital	2.130.264
Razão médico por 1.000 habitantes	2,12
Masculino	52,2%
Feminino	47,8%
Razão masculino/feminino	1,09
Generalistas	44,8%
Especialistas	55,2%
Razão Especialista/Generalista	1,23
Proporção médicos na capital	93,1%

Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Especialistas no estado

	Nº
Acupuntura	20
Alergia e Imunologia	7
Anestesiologia	231
Angiologia	218
Cardiologia	100
Cirurgia Cardiovascular	14
Cirurgia da Mão	8
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	13
Cirurgia do Aparelho Digestivo	21
Cirurgia Geral	329
Cirurgia Oncológica	20
Cirurgia Pediátrica	15
Cirurgia Plástica	37
Cirurgia Torácica	11
Cirurgia Vascular	34
Clínica Médica	352
Coloproctologia	8
Dermatologia	97
Endocrinologia e Metabologia	27
Endoscopia	26
Gastroenterologia	39
Genética Médica	1
Geriatria	4
Ginecologia e Obstetrícia	317
Hematologia e Hemoterapia	21
Homeopatia	6
Infectologia	74
Mastologia	16
Medicina de Emergência	0
Medicina de Família e Comunidade	58
Medicina do Trabalho	183
Medicina de Tráfego	22
Medicina Esportiva	8
Medicina Física e Reabilitação	3
Medicina Intensiva	53
Medicina Legal e Perícia Médica	7
Medicina Nuclear	5
Medicina Preventiva e Social	16
Nefrologia	36
Neurocirurgia	32
Neurologia	47
Nutrologia	10
Oftalmologia	115
Oncologia Clínica	38
Ortopedia e Traumatologia	145
Otorrinolaringologia	56
Patologia	23
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	9
Pediatria	410
Pneumologia	20
Psiquiatria	51
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	72
Radioterapia	8
Reumatologia	17
Urologia	43

Figura 2: Ordenamento territorial no Amazonas (Fonte:SEMA-AM, 2021)



É interessante observar que o mosaico do ordenamento territorial em toda Amazônia pode gerar impasses na implantação de políticas públicas e de governança; uma vez que a população rural está dispersa em diferentes áreas e territórios, como as florestas nacionais, áreas indígenas, parques e reservas extrativistas, normalmente regidos por diferentes regimes e legislações específicas, o que pode dificultar ou representar uma oportunidade para a implantação e adequações de serviços.

Considerando esse mosaico territorial e a cobertura vegetal preservada (97%), os meios de transporte predominantes na região são o fluvial e o aéreo, sendo as rodovias escassas ou inexistentes em boa parte do território¹⁸. Sendo assim, o Amazonas é considerado o estado com acessibilidade mais remota do país, como demonstra o mapa a seguir (Figura 3):

18 Para ver a distribuição espacial da logística de transportes no território brasileiro e observar a predominância do modal hidroviário no Amazonas, em contraste com o restante do país que possui preponderância rodoviária. ftp://geofp.ibge.gov.br/redes_e_fluxos_do_territorio/logistica_dos_transportes/mapa_LogTransportes_5_mi.pdf

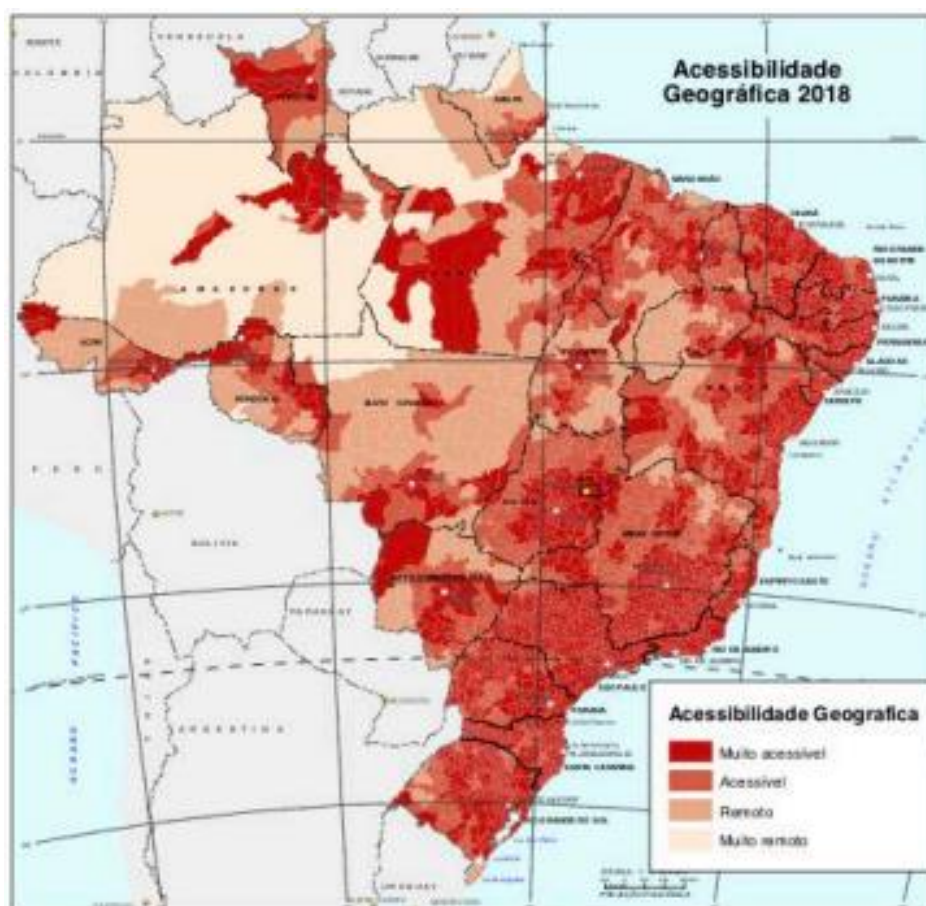


Figura 3: Acessibilidade Geográfica. Fonte IBGE, 2018.

2. Regiões de Saúde e áreas de atuação da FAS¹⁹

As regiões de saúde são tipologias de agregação de municípios no âmbito de um estado e que possuem entre eles uma relação sanitária em comum ou codependente. A regionalização está inscrita na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, e é concebida como estratégia de gestão necessária à descentralização e à organização da rede assistencial.

Para fins deste estudo, destacaremos também os municípios na abrangência da área de atuação da Fundação Amazônia Sustentável (FAS) como prioritários para análises de estudos de caso.

¹⁹ <https://fas-amazonas.org/sobre/>



Figura 4: Mapa das Regiões de Saúde no Amazonas. Fonte: SES-AM/2014

Tabela 1: Área de atuação da FAS, 2021

Área de atuação da FAS	Município
Reserva Extrativista do Rio Gregório	Ipixuna e Eirunepé
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Cujubim	Jutaí
Reserva de Desenvolvimento Sustentável de Uacari	Carauari
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá	Fonte Boa, Japurá, Maraã, Uarini e Tonantins
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã	Barcelos, Coari, Codajás, Maraã, Novo Airão
Reserva Extrativista Catuá-Ipixuna	Tefé e Coari
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Piagaçu-Purus	Anori, Beruri, Tapauá e Coari
Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Rio Negro	Novo Airão, Iranduba, Manaus e Manacapuru

Área de Proteção Ambiental da Margem Esquerda Do Rio Negro	Manaus, Presidente Figueiredo e Novo Airão
Reserva de Desenvolvimento Sustentável da Puranga Conquista	Manaus
Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Uatumã	São Sebastião do Uatumã e Itapiranga
Floresta Estadual de Maués	Maués
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Rio Madeira	Novo Aripuanã, Borba e Manicoré
Reserva de Desenvolvimento Sustentável Canumã	Borba
Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Rio Amapá	Manicoré
Reserva de Desenvolvimento Sustentável do Juma	Novo Aripuanã

4. Saúde da população ribeirinha no estado do Amazonas

4.1 Introdução

O objetivo desta seção será apresentar dados e informações levantadas a fim de subsidiar diagnóstico da rede de atenção à saúde da população rural ribeirinha do interior do Estado do Amazonas, tomando como fonte de referências o levantamento e a análise de dados secundários por meio de revisão bibliográfica, e de dados primários por meio de estudo de caso proveniente de visita de campo realizada. O escopo deste levantamento terá como abrangência o perfil sócio-demográfico e epidemiológico das doenças e agravos de maior incidência no estado do Amazonas – até o momento não foi possível a estratificação dos dados em populações rurais e urbanas –, além de indicadores de maior importância, como de natalidade e mortalidade. Além disso, será realizado um levantamento do funcionamento da rede de atenção à saúde em localidades rurais no Amazonas.

4.2 Perfil sócio-demográfico

Para fins metodológicos e devido à escassez de informações estratificadas na categoria "ribeirinha", vamos considerar informações relativas à população rural no Amazonas e suas tipologias para levantamento do perfil social e demográfico.

Na Amazônia, a população rural economicamente ativa desenvolve atividades que estão intrinsecamente ligadas a uma história econômica associada ao extrativismo, prática da pesca, caça, construção de casas, condução de barcos, além de outras atividades ligadas à subsistência familiar. Estas atividades são moldadas por diversos processos de trabalho que variam ao longo das estações, como a de cheia e a de seca do rio. Assim, essa característica de desenvolvimento de atividades variadas não se enquadra facilmente na noção de ocupação familiar única ou familiar no contexto urbano (Garnelo et al, 2020: 3).

A caracterização do “rural” e de suas populações é tarefa complexa na Amazônia, seja pela grande variação no modo de vida dos grupos, seja pela limitação de indicadores adotados pelos órgãos oficiais para contabilizar a diversidade das relações econômicas na Amazônia. Considerar as famílias rurais como camponesas também é questionável, uma vez que a maioria delas desenvolve atividades agrícolas sazonais e intermitentes, voltadas principalmente para o consumo doméstico, gerando poucos excedentes para o comércio.

Uma forma de classificação quanto à diversidade social amazônica tem sido a atribuição de características geográficas, como a de “ribeirinhos”. Esta caracterização se refere às populações distribuídas geoespacialmente ao longo das margens dos rios. O termo prioriza o local de residência e não as dimensões sociopolíticas que, por muitas vezes, assemelham-se a de outras populações rurais não-ribeirinhas.

O ativismo ambiental e suas ações relacionadas à sustentabilidade e ao desenvolvimento local incorporaram importantes alianças com populações tradicionais da região. Tais iniciativas fortaleceram a economia de subsistência ligada à extração de recursos florestais como uma alternativa para promover a sustentabilidade. Além de contribuir para a valorização de populações historicamente discriminadas, a abordagem ambientalista fornece novas bases para a compreensão da diversidade social amazônica. Isso se dá pelo fato de as relações estabelecidas entre ações ambientalistas e ribeirinhos se darem pelo grau de sustentabilidade do uso dos recursos ambientais, ao invés de serem orientadas pelo mercado financeiro e pela exclusão social (Garnelo et al, 2020).

Diante disso, a população ribeirinha e os que vivem próximos às reservas e/ou áreas de proteção ambiental, possuem algumas características em comum:

- São habitantes de áreas rurais;
- São pequenos produtores tradicionais;
- Estão demograficamente dispersos; e
- Suas atividades laborais são sustentadas por limitados recursos tecnológicos;

O padrão habitacional pode ser heterogêneo, com famílias que possuem uma casa na área rural e outra próxima ao plantio e/ou extrativismo e ainda possuem residência ou parentes na cidade. É comum estabelecerem uma ampla rede de apoio e, por isso, expressam certa mobilidade contínua entre rio, floresta e cidade. Do ponto de vista cultural, essa população tem hábitos e comportamentos distintos dos residentes urbanos, com influências indígenas, da interiorização de migrantes do Nordeste e também das relações históricas com os portugueses. Possuem amplo conhecimento da floresta, que é transmitido oralmente de uma geração para outra, embora não possuam uma cosmologia coesa que suporte o conhecimento de natureza, como ocorre com grupos indígenas.

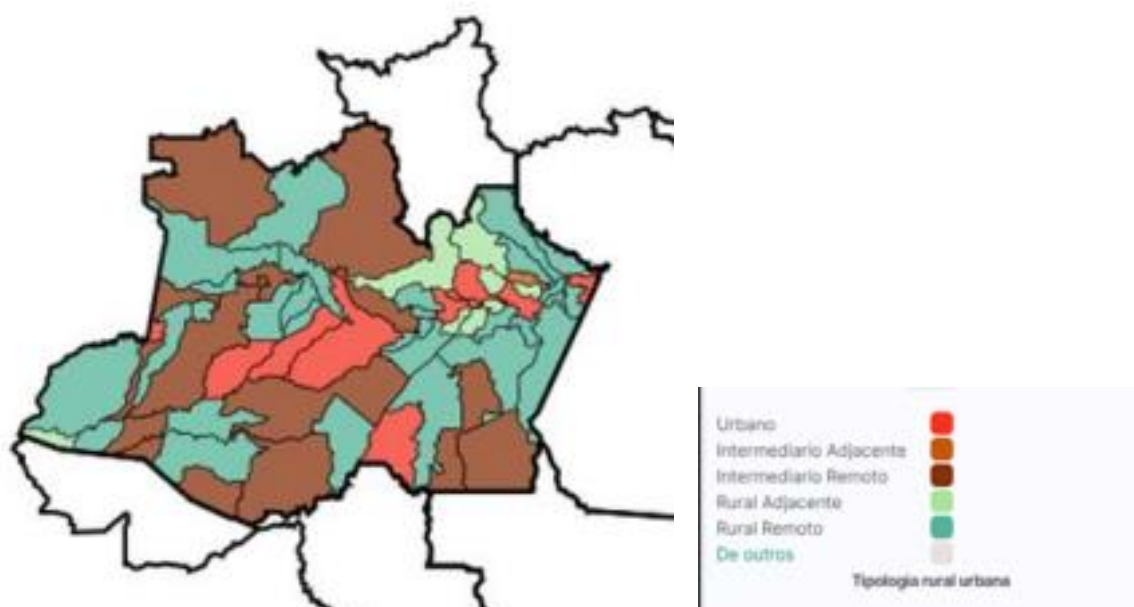
Como já mencionado anteriormente, os territórios que compõem o Amazonas são os mais remotos, em termos de acessibilidade e de distância territorial. Além disso, trata-se da população mais dispersa do país. Na região Norte, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – Censo 2010), encontramos as menores taxas de concentração populacional e a maior dispersão pelo território em relação ao resto do país: em média 4,12 habitantes por quilômetro quadrado, sendo que o Amazonas possui uma média menor ainda, 2,2 hab/km².²⁰

Na construção destes dados, foram levadas em conta as grandes concentrações populacionais das capitais, sendo que, se considerarmos somente as regiões rurais e ribeirinhas, este dado é mais acentuado, caracterizando-se como áreas de maior dispersão populacional no Brasil.

A população ribeirinha está presente em todos os municípios do Amazonas. Porém, a maneira como os municípios e suas áreas adjacentes se ligam a centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços pode se diferenciar substancialmente. Um importante meio de qualificação dessas áreas não urbanas é a partir da variável de localização utilizada pelo IBGE⁷. A partir da malha rodoviária e hidroviária, foi calculada uma média de

20 Média de dispersão geográfica em outros estados do Norte: Roraima (2,0), o Amazonas (2,2), Acre (4,5), Amapá (4,7) e Tocantins (4,9), seguidos do Pará (6,0) e Rondônia (6,7). ⁷ Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil | Uma primeira aproximação - 2017 (último acesso em 30/01/2021).

tempo de deslocamento. Os municípios que estão a uma distância relativa acima da média nacional dos grandes centros urbanos foram classificados como remotos. No mapa e na tabela a seguir, observa-se a distribuição dos



municípios amazônicos, de acordo com a tipologia adotada:

Figura 5: Tipologia Rural Urbana do estado do AM. Fonte: Painéis de Indicadores de Atenção Primária – E-Gestor (Fonte: SAPS/MS)

Tabela 2: Distribuição de municípios no estado do AM na Tipologia Rural Urbana. Fonte: Painéis de Indicadores de Atenção Primária – E-Gestor (Fonte: SAPS/MS)

Tipologia Rural Urbana	Municípios	População
Rural Remoto	29	683.440
Intermediário Remoto	14	398.671
Urbano	9	2.789.914
Rural Adjacente	8	215.128
Intermediário Adjacente	2	57.444
	62	4.144.597

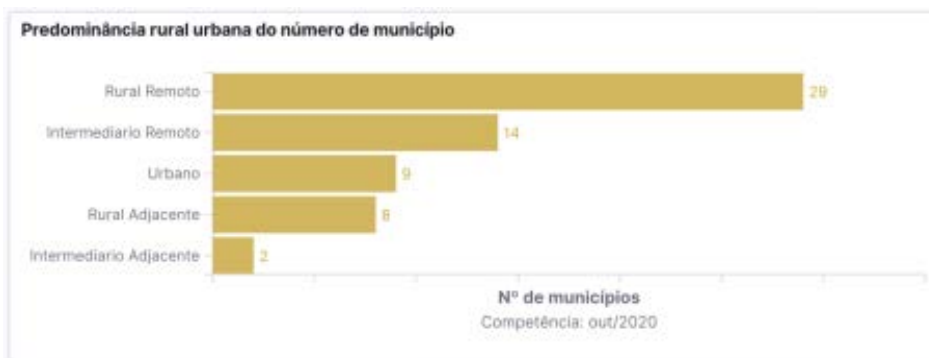


Gráfico 1: Predominância rural urbana no número de municípios do AM (Fonte: SAPS/MS)

Além das localizações dos municípios serem prioritariamente remotas, boa parte da população residente nestes municípios vive em áreas rurais, como é o caso da população ribeirinha e indígena. Dos 62 municípios, 19 possuem mais de 50% da população residente em área rural (Ver ANEXO 1 - Distribuição de Habitantes Rurais e Urbanos nos Municípios do AM).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o AM apresentou uma mudança de taxa de crescimento de 56,74%, superior à média nacional (47%). O IDH varia de 0 a 1 e é composto pelas dimensões renda, educação e longevidade. O estado do Amazonas passou de 0,430, em 1991, para 0,674, em 2010. Por sua vez, quanto ao IDH por município, observou-se aumento no número de municípios classificados como alto ou médio. Porém, 47 (75%) dos municípios amazonenses permanecem com IDH considerado Baixo ou Muito Baixo (Ver ANEXO 2 - IDH dos Municípios do Estado do Amazonas).

Ao comparar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) das regiões de saúde no Amazonas, o estado possui 6 de suas 9 regiões classificadas com índice de desenvolvimento humano muito baixo. Considerando que a tipologia apresentada serve de observação e de análise de desempenho do SUS, pode-se aferir que, no estado do Amazonas, prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

Os residentes em áreas rurais do estado são dependentes de serviços de saúde pública. De acordo com Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), a proporção de pessoas que tinham algum plano de saúde em áreas rurais no

Brasil era de 7%, sendo a média urbana nacional de 32,2%. Deve-se considerar que a proporção de pessoas com algum plano de saúde no Amazonas é bem abaixo na média nacional, sendo de 16,3%, e que a renda per capita em áreas rurais é muito inferior à de áreas urbanas, assim como o acesso aos serviços particulares de saúde é muito raro em comunidades rurais e ribeirinhas. Por isso, assume-se que essa população é dependente de serviços públicos de saúde.

Por fim, outro fator demográfico a considerar é que há uma tendência ao envelhecimento da população no estado do Amazonas. A taxa de crescimento de idosos é de 4%, enquanto que a taxa nacional é de 3% (IBGE, 2010).

4.3 Perfil epidemiológico

Nesta seção, apresentaremos dados, informações e análises que visam a construir um quadro epidemiológico da população amazonense e ribeirinha. Para tanto, disponibilizamos três recortes fundamentais que permitirão uma abordagem baseada em evidências acerca do perfil epidemiológico da população ribeirinha no estado do Amazonas: (a) Análise de indicadores de estado de saúde, morbidade e mortalidade e (b) Problemas de saúde na população ribeirinha.

A primeira análise trará um panorama geral sobre a situação epidemiológica no estado e, para isso, serão utilizados, além das referências bibliográficas, dois instrumentos base: o Relatório de Gestão 2018 da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM) e o Plano Estadual de Saúde do Amazonas da Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM). Na sequência, apresentamos os principais problemas de saúde encontrados nas populações ribeirinhas a partir de estudos baseados em evidências. Por fim, a partir dos dados analisados, apresentaremos uma primeira conclusão acerca das condições de vida da população ribeirinha.

4.4 Análise de indicadores de estado de saúde, morbidade e mortalidade

A seguir, resumimos os principais indicadores de saúde apresentados

pela FVS/AM, por meio do Relatório de Gestão 2018²¹; e pela SES-AM, por meio do Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023²². Esta análise de saúde foi resultante da coleta, da notificação e alimentação de dados feita pelos profissionais de saúde do nível municipal nos diferentes sistemas de informação do SUS. Os resultados foram então qualificados por níveis centrais e transformados em informações que possam subsidiar na elaboração de ações e de estratégias de saúde. As tabelas, gráficos e análises utilizadas constam no ANEXO 3 - Perfil Epidemiológico do AM.

(a) **Taxa de Natalidade:** redução de 8% nos 5 anos analisados, passando de 20,9 nascidos a cada 1 mil habitantes em 2013, para 19,2 nascidos por 1 mil habitantes em 2017.

(b) **Condições de nascimento:**

- aumento na proporção de cesarianas em 2017, comparado a 2016. Taxa maior que o recomendado pela OMS (15%) em todas as regiões; contudo, menor que a taxa nacional, que é de 30%;
- Idade gestacional concentrada na faixa etária de 20 a 34 anos (64%). Porém, as Regiões do Triângulo, Rio Purus e Rio Juruá apresentaram as maiores taxas de mães adolescentes, 35,4%, 33,8% e 33,7%, respectivamente. É importante observar que o estado registrou 1.251 nascimentos provenientes de mães na idade de 10 a 14 anos, o que é considerado um problema de saúde pública, pelos riscos e pela vulnerabilidade social.
- Quanto à proporção de nascidos vivos com baixo peso (menor que 2.500 gramas), o Amazonas apresentou taxa de 7,4%; sendo que a maior taxa para 2017 foi no Baixo Amazonas, com 8,4%, e a menor no Rio Negro e Solimões, com 6,2%.

(c) **Expectativa de vida:** o Amazonas apresentou melhorias no indicador de longevidade, saindo de uma expectativa de vida de 66,51 anos em 2000, para 73,30 anos em 2010. Já para 2019, houve uma leve queda do indicador para 72,6 anos. A média nacional é de 76,6 anos.

21 Disponível em: <http://www.fvs.am.gov.br/publicacoes> (último acesso em 02/02/2021)

22 Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf (último acesso em 02/02/2021)

(d) Mortalidade:

- Melhoria na captação dos óbitos no estado, que foi de 75%, em 2013, a 84% em 2017. Contudo, apenas a Regional de Manaus, entorno e Rio Negro conseguiram alcançar a meta de 90%. Dentre os principais fatores para a baixa cobertura, estão a falta de médicos no interior e o sepultamento sem a emissão da Declaração de Óbito.
- O coeficiente de mortalidade para o estado em 2017 foi de 4,2/1.000. As doenças no aparelho respiratório, as causas externas e as neoplasias foram responsáveis pela metade dos óbitos também em 2018.
 - Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil (< 1 ano), em 2017 foi de 16,9/1.000 nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade infantil para o Brasil, no mesmo ano, foi de 12,8, de acordo com IBGE. Mais da metade desses óbitos (52,5%) tiveram como causa “Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal” (capítulo XVI do CID 10). A segunda causa de óbito infantil (18,7%) correspondeu às más formações congênitas.
 - As Neoplasias são a principal causa de óbito na faixa etária de 30 a 69 anos e representaram 21% do total de óbitos nessa população. Em seguida, estão as doenças cardiovasculares, responsáveis por 17% dos óbitos. Os óbitos por diabetes vem se mantendo em torno de 6%, e as doenças respiratórias crônicas (doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças pulmonares intersticiais, pneumonias aspirativas, enfisemas, asma etc.), com cerca de 3%, possuem tendência de aumento.
 - As causas externas representam uma das principais causas de óbito no Amazonas, juntamente com as afecções do aparelho circulatório. Destaca-se que as agressões (homicídios) são responsáveis por mais da metade (54%) dos óbitos. Em seguida, os acidentes de transporte figuram a segunda causa de óbitos entre os grupos de causas externas.
- Em 2019, foram registrados 162 óbitos por Tuberculose no Amazonas, mantendo-se como a terceira maior taxa de mortalidade por tuberculose no país, com 3,9 óbitos/100.000 habitantes (Programa Nacional de Combate à Tuberculose – PNCT/MS, 2019).
- Considerar que o perfil de mortalidade no estado para o ano de 2020 e 2021 será marcado pela pandemia de covid-19. De 01 março de 2020 a 02 de fevereiro de 2021, já foram contabilizados 8.266 óbitos pela doença no estado. Para fins de comparação, o total de óbitos informados no estado para o ano de 2018 foi de 17.517, sendo 20.507 óbitos estimados.

(e) Morbidade:

- Diminuição de adoecimento por doenças transmissíveis até o ano de 2019. Apesar disso, houve a introdução de novos agentes etiológicos, como Zika e Chikungunya, e a reemergência de doenças já erradicadas, como o Sarampo.
- Persistência de outras doenças endêmicas importantes, como Malária (maior número de registros) e Tuberculose.
- Especificamente em relação à malária, houve redução expressiva de 2007 a 2011 e, a partir disso, houve oscilações no registro do número de casos. Mais da metade dos casos estão concentrados em sete municípios: São Gabriel da Cachoeira, Manaus, Barcelos, Tefé, Coari, Santa Isabel do Rio Negro e Lábrea.
- Em 2019, foram registrados 1.904 casos de síndrome respiratória aguda grave em residentes de 35 municípios do estado do Amazonas, decorrentes da antecipação da sazonalidade da circulação dos vírus respiratórios no estado em relação ao calendário oficial de vacina no país, característica recorrente na região.
- O estado do Amazonas manteve a maior taxa de incidência de Tuberculose do Brasil em 2018, com 72,9 casos/100.000 habitantes, enquanto a taxa de incidência nacional foi de 34,8 casos/100.000 habitantes. (PNCT/MS, 2019): “A manutenção do Amazonas em primeiro lugar no ranking de maior incidência de TB e como terceiro maior quanto a taxa de mortalidade por TB no Brasil deve-se a combinação de condições, como a alta prevalência de infecções latentes, pobreza, aglomerados humanos, desnutrição, elevada carga de outras doenças crônicas e agudas que afetam o sistema imunológico, principalmente, a infecção pelo HIV/AIDS, diabetes mellitus e outras doenças novas e ressurgentes, abuso do fumo, álcool e outras drogas e até o envelhecimento da população, entre outros” (SUSAM, 2020: 69).
- A hanseníase continua sendo um importante problema de saúde pública, com taxas consideradas altas, muito altas e hiperendêmicas em alguns municípios. Os municípios que apresentaram maior taxa de detecção foram: Itamarati (73,8 casos por 100 mil hab.), Tapauá (66,9 casos por 100 mil hab.), Apuí (56,1 casos por 100 mil hab.), Silves (54,3 casos por 100 mil hab.), Novo Aripuanã (47,8 casos por 100 mil hab.), Itapiranga (43,8 casos por 100 mil hab.) e Pauini (40,8 casos

por 100 mil hab.).

- Quanto à morbidade hospitalar, na avaliação do período de 2014 a 2018, os agravos que compõem o grupo de doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, lesões por envenenamento e consequências por causas externas, doenças do aparelho geniturinário, doenças infecciosas e parasitárias correspondem a mais de 60% das causas de internações hospitalares do SUS no estado do Amazonas. Em 2019, houve um aumento de internações em relação às doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório: 9,00% e 6,12%, respectivamente. Observou-se uma evolução na taxa de internação por lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas, com um aumento de 27,63% em 2019 em relação a 2015, evidenciando o aumento dos acidentes de transporte, quedas, agressões e violência.
- Em 2018, foram registrados 1.829 casos de ofidismo no Amazonas. Os acidentes ocorridos em zona rural representaram 89,6% dos casos. Foram registrados 12 óbitos e a letalidade foi de 0,66%. Os acidentes ofídicos destacam-se devido à sua magnitude e gravidade.
- Foram notificados 9.865 casos de acidentes humanos por animais potencialmente transmissores da raiva, no Amazonas, em 2018. Quanto à espécie do animal agressor, 83,7% foram a canina, 10,5% a felina, 2,5% a quiróptera (morcegos), 1,4% primata (macacos) e outras espécies 1,9%. Dos cães e gatos agressores, 77,9% estavam sadios no momento da agressão.

4.5 Problemas de saúde e fatores de risco na população ribeirinha

A seguir, desenvolvemos uma breve análise sobre os problemas de saúde da população ribeirinha na Amazônia, a partir de evidências coletadas por meio de trabalho de revisão bibliográfica e de busca no portal Saúde Baseada em Evidências²³. Com isso, pretende-se contribuir, ainda que de forma

23 O Portal Saúde Baseada em Evidências é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), para desenvolvimento de uma biblioteca eletrônica com conteúdos específicos para profissionais de saúde e fundamentados cientificamente.

https://psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101 (Último acesso em 03/02/2021)

aproximada, com a compreensão das implicações dos fatores sanitários observados em comunidades ribeirinhas na área delimitada.

(a) Qualidade da água para consumo humano:

- A variação sazonal do nível da água em comunidades ribeirinhas, que são típicas na planície amazônica, provoca inundações em áreas marginais ocupadas por assentamento humanos, como o são as próprias comunidades ribeirinhas. Em decorrência da troca de materiais entre os ecossistemas terrestres e aquáticos, a qualidade da água fica prejudicada, com a presença, por exemplo, de algas tóxicas (Lobo, Lima, Souza, Nascimento, Araújo & Santos, 2013). Além desse aspecto, em muitas comunidades, os dejetos e demais materiais orgânicos e tóxicos são despejados sem tratamento nos rios e igarapés, afetando diretamente a saúde e o bem-estar da população ribeirinha, que necessita da preservação ambiental para a sua subsistência (Domingos & Gonçalves, R.M., 2019).
- Potenciais efeitos neurotóxicos de exposição ao metilmercúrio podem afetar ribeirinhos que vivem na Amazônia, mesmo em regiões situadas longe das minas de ouro (garimpos), consideradas as principais fontes de poluição por mercúrio. Estudos relatam que, em comunidades ribeirinhas no Rio Tapajós, foi identificado alto nível de mercúrio na população, além de vários sintomas que sugerem a contaminação por mercúrio, tais como: distúrbio sensorial (o que é característico da doença de Minamata), tremor, falha na discriminação de dois pontos, e insuficiência de equilíbrio ligeiro. Sendo assim, sugere-se que a poluição por mercúrio na Amazônia deve ser crucialmente observada e monitorada (Sheehan et al, 2014).

(b) COVID-19: As populações da Amazônia são extremamente vulneráveis à COVID-19 devido ao intenso fluxo entre as localidades rurais e as sedes municipais e à falta de infraestrutura de saúde básica adequada na região (Ramalho et al, 2020; e Escobar, 2020).

(c) Chagas: Há risco crescente da doença se tornar endêmica na Amazônia. Os

principais motivos para a persistência de casos de Chagas são: 1) desmatamento descontrolado e ocupações irregulares que alteram o equilíbrio ecológico entre hospedeiros e reservatórios vetores selvagens; 2) a adaptação de animais silvestres (hospedeiros reservatórios de *T. cruzi* e vetores) às áreas periféricas e intradomiciliares; 3) migração de população humana infectada de áreas endêmicas, acompanhados por hospedeiros reservatórios domésticos (cães e gatos), ou carregando acidentalmente em suas bagagens vetores já adaptados ao habitat doméstico (Briceno, 2007; e Coura et al, 1994).

(d) Hepatites virais: No Brasil, existem poucos estudos sobre as hepatites virais, especialmente entre as comunidades ribeirinhas. Uma pesquisa determinou a soroprevalência e os principais fatores de risco a exposição das hepatites B e C virais nessas populações. Por meio de amostras de sangue (testadas com kits comerciais de ELISA) e de questionário epidemiológico, observou-se que a cobertura de vacinação contra o vírus da hepatite B é baixa e é alta a prevalência da hepatite C em comunidades ribeirinhas (Oliveira, Silva, Santos, Fecury, Almeida, Fernandes, et al, 2011).

(e) Saúde ocular: registros epidemiológicos apontam alta prevalência e gravidade de pterígios em comunidades amazônicas, em comparação à área urbana da Amazônia brasileira. A prevalência da doença está relacionada à maior ocupação ao ar livre e exposição ao sol. Destaca-se a necessidade de estudos e de ações estratégicas em saúde pública visando à intervenção oftalmológica na bacia Amazônica, em decorrência dos problemas à visão provocados pelo pterígio (Coutts & Coombes, 2012).

(f) Saúde mental: estudos revelam casos de transtornos psiquiátricos entre os adolescentes e reforçam a necessidade de encaminhamento aos serviços de saúde mental inexistentes nessas comunidades, o que evidencia a necessidade de implantação de uma rede de atenção à saúde básica e mental que possa assistir às comunidades ribeirinhas na detecção e no tratamento de transtornos mentais (Ruzany, Rocha, Deusdará, Rodrigues, Andrade & Meirelles, 2013).

(g) Parasitoses: Em estudo realizado por meio de um inquérito coproparasitológico para determinar a prevalência de parasitoses intestinais em populações pediátricas ribeirinhas, os dados revelam o significativo índice de parasitoses intestinais nessa população pela espécie *Ascaris lumbricoides*, e sugerem que sua elevada prevalência pode estar associada às más condições econômicas, aliadas às precárias condições de saneamento básico e a determinados hábitos inapropriados (Santos, Gama, Fernandes, Junior & Guimarães, 2010). Também observa-se prevalência significativa de anemia associada a parasitoses quando há maior frequência de parasitos patogênicos na população (Moraes, 2019).

(h) Nutrição: Em estudo realizado em área rural da região norte (Silva et al, 2010) que avaliou as condições de saúde de crianças menores de dois anos, incluindo estado nutricional, o desenvolvimento físico-motor e os problemas de saúde no último mês, encontram-se 59,4% das crianças examinadas apresentando péssimo estado de saúde: destes, 17,3% apresentaram baixo peso e altura para a idade. Em relação aos problemas de saúde, apresentaram diarreia 15 dias antes da coleta de dados, respectivamente: 18,5, 14,3 e 32,6% das crianças < 6 meses, 6- 11 meses e 12-23 meses. Outro estudo aponta que 3,3% das crianças não-indígenas da região norte apresentam déficit de peso, enquanto a taxa nacional é de 1,9% (Garnelo et al, 2020). Essa taxa é ainda maior se considerarmos a taxa de crianças indígenas que vivem em terras indígenas, que é de 11,4%. Os indicadores demonstram a relevância das desordens nutricionais como um fator de risco de saúde pública na Amazônia.

(i) Saúde Bucal: De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2011), a região norte apresenta alta prevalência de cárie nos municípios do interior e os maiores índices de cárie nas faixas etárias de cinco a 12 anos e de 65 a 74 anos.

4.6 Redes de Atenção à Saúde para população ribeirinha

Atenção Primária à Saúde e Atribuições Institucionais no SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) consiste em um componente estratégico do SUS e constitui-se no primeiro contato da população com serviços e ações de saúde. Espera-se que os serviços de atenção básica incidam positivamente sobre a maioria das necessidades da população, estabelecendo relações com os demais níveis de atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, consiste no principal marco jurídico de estratégia de saúde voltada ao atendimento das populações urbanas e rurais mais vulneráveis e específicas, cuja abordagem comunitária pode e deve dar uma resposta diferenciada de acordo com características culturais, regionais e econômicas.

Seguindo os princípios da equidade e da universalização, a APS prevê uma série de políticas, programas, ações e estratégias voltadas à saúde de diferentes segmentos populacionais. A PNAB estimula a implantação de Equipes de Saúde da Família para atendimento à população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal, por meio de dois tipos distintos, chamados: “Equipe de Saúde da Família Ribeirinha” (ESFR) e “Equipe de Saúde da Família Fluvial” (ESFF). Estas últimas atuam em Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF).²⁴

A PNAB define que as ações e serviços de saúde da APS são de responsabilidade da gestão municipal, mas cabe às esferas de gestão estadual e federal dar o apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento da organização e a qualificação da gestão do trabalho, por meio da Política de

²⁴ Os marcos legais podem ser verificados na Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), disposta no Anexo XXII; capítulo II Das Equipes de Saúde da Família; Seção III Das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense, e Seção IV Das Unidades Básicas de Saúde Fluviais).

Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2017).

Os Municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde²⁵.

A nível federal, até 31 de dezembro de 2019, o financiamento da Atenção Primária era composto por valores fixos baseados na lógica per capita populacional e na adesão dos municípios às estratégias da APS, como é o caso da UBSF e ESFR. A partir de 2019, é implantado um novo modelo de financiamento de custeio da APS, composto por três componentes: (1) captação ponderada (número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária), (2) pagamento por desempenho e (3) incentivo para ações estratégicas. O ANEXO 4 apresenta as estratégias de financiamento da APS desenvolvidas pelo governo federal.

O governo estadual, apesar de monitorar e avaliar as ações de APS em seu território, bem como de ofertar apoio técnico aos municípios, não oferece financiamento considerável aos municípios. De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2020-2023 da SES-AM, a participação do estado no financiamento da AB seria ação prioritária para o quadriênio.

Equipes de Saúde

De acordo com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), as equipes de saúde para população ribeirinha podem ser classificadas em dois tipos:

- 1) **Equipes de Saúde da Famílias Ribeirinhas (ESFR):** desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita ao município, e cujo acesso é remoto ou se dá por rio. Devido à grande dispersão territorial, as equipes necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território.

²⁵ Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm (Último acesso em 03/02/2021)

- 2) **Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF):** desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Essas equipes devem ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a essa equipe, profissionais de saúde bucal e outros profissionais de nível superior, bem como profissionais de nível médio, e o número máximo de 24 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em regiões endêmicas, também é possível incorporar um microscopista nesta equipe.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia), e dois dias para atividade de educação permanente, registro de produção e planejamento de ações.

A seguir, apresentamos um mapa (Figura 6) com a cobertura de ESFR e de UBSF nos municípios do AM.

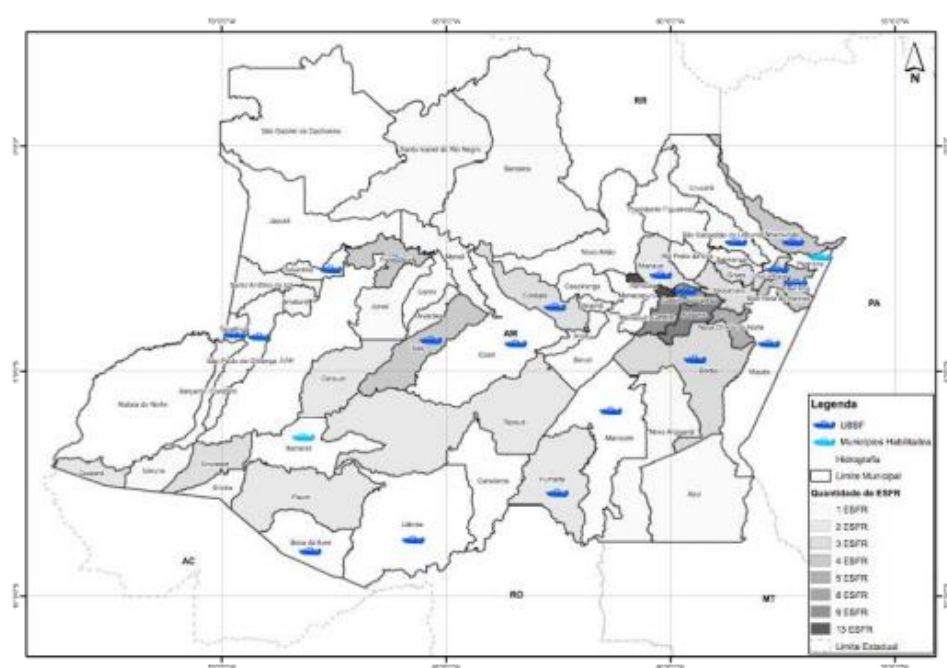


Figura 6: Cobertura de ESFR e de UBSF nos municípios do AM

Técnicos de Enfermagem

Os Técnicos de Enfermagem, assim como os Agentes Comunitários de

Saúde, geralmente, residem nas comunidades em que trabalham ou próxima delas. O Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem tem como responsabilidade: (a) participar das atividades de atenção à saúde, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); (b) realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e (c) exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

No contexto amazônico rural, os técnicos de enfermagem são aqueles que possuem maior conhecimento técnico de saúde presente no cotidiano das comunidades ribeirinhas. Nessas localidades, é comum que exerçam suas funções independentemente da avaliação de um enfermeiro, já que este está lotado na UBS que, na maioria das vezes, está localizada longe da comunidade. Na prática, as atividades desempenhadas pelo técnico extrapolam suas atribuições legais e capacidades técnicas.

Percebe-se uma necessidade urgente de regulamentar o exercício dessa categoria profissional para o contexto amazônico. Também é importante que haja formação específica e continuada, principalmente em procedimentos de primeiros socorros, já que as comunidades ribeirinhas geralmente estão localizadas em áreas remotas. Por fim, assim como já ocorre na saúde indígena, estes profissionais poderiam ser provisionados com um incremento salarial diferenciado, tendo em vista que possuem carga horária e responsabilidades que extrapolam o perfil da categoria.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

As atribuições dos ACS podem ser conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017). Em síntese, elas consistem em:

- Identificar problemas de saúde nas comunidades;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças e

agravos e de vigilância em saúde;

- Realizar visitas domiciliares com a periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população;
- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais;
- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde;
- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;
- Conhecer o funcionamento e orientar as pessoas quanto às ações e aos serviços de saúde de seu território;
- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população; e
- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Os ACS, em caráter excepcional, podem auxiliar o profissional da equipe de saúde de nível superior em pequenos procedimentos, tais como: aferir pressão, realizar medição de glicemia ou de temperatura, limpar curativos ou administrar medicação do paciente; desde que essas ações sejam feitas após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequado.

Estima-se que os agentes comunitários devam prestar atendimento à população por um período mínimo de 14 dias mensais, sendo que dois dias devem ser dedicados para atividade de educação permanente, registro de atividade e planejamento de ações.

O papel dos ACS é marcado pelo fato de representarem a única fonte

contínua de cuidados nos intervalos de viagem da UBSF e/ou das Equipes de Saúde lotadas nas UBS fixas daquele território. Como resultado, a maioria de suas atividades são realizadas de forma autônoma e são amplamente desconhecidas da equipe como um todo, a não ser pelos técnicos de enfermagem que, em muitos casos, também costumam viver na comunidade.

Embora os ACS sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes biomédicos, ainda falta muita clareza na definição do papel dos ACS, em especial daqueles que atuam em áreas rurais.

Um lado positivo do trabalho dos ACS é, sem dúvida, a proximidade com as famílias. Conhecem todas elas e os problemas de saúde que acometem seus membros. Contudo, muitos dos cuidados ofertados estão baseados em senso comum, já que há uma grande falta de treinamento, como observado em campo nas localidades visitadas e como também demonstra a literatura (Garnelo, 2020).

É o ACS quem leva o serviço de saúde mais próximo do contexto domiciliar. Este importante ator fortalece a resposta comunitária aos problemas e agravos de saúde por meio da transmissão de informações e de seus conhecimentos para a comunidade. Ao mesmo tempo, essa responsabilidade, que também é sentida pelos ACS, gera ansiedade e insatisfação quanto à irregularidade ou à insuficiência da educação que recebem.

Outro aspecto importante do papel do ACS está relacionado ao elo que ele estabelece entre o saber popular de saúde, a dinâmica social da comunidade onde habitam e o conhecimento biomédico. Esses três fatores, integrados, permitem-lhe alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população do que nenhum outro profissional seria capaz.

Em estudo de campo realizado na RDS e APA Rio Negro (Ver relatório no Anexo 5), em novembro de 2020, ao observar a dinâmica de uma capacitação ofertada aos ACS locais, quando uma série de conhecimentos biomédicos lhes eram repassados, atentei-me ao fato de que o ACS era um tradutor de mundos (Nunes et al, 2002). Foi notório, durante o curso, que à medida em que os conhecimentos científicos lhes eram repassados, logo os ACS os traduziam para um conhecimento popular, remetendo a exemplos de como determinada

doença era tratada naquela comunidade, ou mesmo discorriam sobre como determinada doença e/ou agravo impactava a comunidade a partir do conhecimento das redes e das dinâmicas sociais implicadas naquele contexto e comunidade.

Deste modo, sua tarefa correspondia ao que determinam as orientações do Ministério da Saúde, quando afirmam que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde”, ao mesmo tempo em que devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (Brasil, 1998:18). Caso essa partilha de conhecimento, que é uma mão dupla, de fato ocorra, isto facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no processo saúde-doença das pessoas da comunidade, assim como também facilitaria o planejamento de estratégias mais eficazes no âmbito tanto das ações de rotina das equipes de saúde da família quanto da adesão às recomendações médicas.

Médicos na Amazônia

O interior da Amazônia é a região com maior necessidade de médicos no Brasil. Em estudo (Silveira, R. e Pinheiro, R., 2014) que analisa os indicadores de distribuição de médicos na Região Norte, constatou-se que, dentre as regiões do Brasil, o Norte apresentou menor número de médicos (1 / 1000 hab.) e a maior disparidade de disponibilidade desses profissionais nas grandes e médias cidades (2,5 / 1000) em relação à zona rural (0,4 / 1000), sendo que o interior do Amazonas possui a menor distribuição do país (0,2 / 1000).

Em pesquisa mais recente denominada Demografia Médica no Brasil 2018 (Scheffer, 2018), feita pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) com apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), os indicadores permaneceram bem semelhantes. O estudo apontou uma média nacional de 2,18 médicos por mil habitantes. Enquanto algumas em algumas capitais brasileiras, como Vitória, no Espírito Santo, existem 12 médicos por mil habitantes, no interior das regiões Norte e Nordeste, há menos de um médico por mil habitantes. O Sudeste é a região com maior densidade de médicos, cerca de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste.

Considerando a relação de 1 (um) médico para cada mil habitantes citada como idealmente mínima pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o

interior do Amazonas possui cinco vezes menos médicos do que o recomendado.

Desde 2010, houve aumento de aproximadamente 100 mil médicos no Brasil (Scheffer, 2018). Contudo, a chegada de novos profissionais ainda não alterou de maneira significativa as antigas desigualdades de distribuição geográfica: houve acréscimo de médicos em todas as regiões, mas eles se mantiveram concentrados nos mesmos lugares. Embora tenha ocorrido relativa pulverização dos cursos de Medicina para o interior do país, ainda é baixa a influência de escolas do interior em fixar os médicos, depois de formados, no local onde estudaram ou em outras cidades do interior. Ressalta-se que, de acordo com a pesquisa Demografia Médica 2018, 43% das vagas de Medicina ainda estão nas capitais, as quais também são o destino de boa parte dos médicos formados nos interiores. (Ver Anexo 6 - Distribuição de médicos no Brasil e Cobertura de médicos no AM)

Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais foram concebidas especificamente para execução de atividades de assistência à saúde adaptadas para navegabilidade e acesso das comunidades ribeirinhas aos serviços de Atenção Básica. São embarcações de médio porte, entre 17 e 24 metros de comprimento por 5 a 8 metros de largura, contendo ambientes que contemplam o modelo de uma unidade de saúde, como delineado na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.191, de 2010.

Concebidas na sua maior parte como tipo balsa, os projetos destas embarcações podem ser modificados e adaptados de acordo com a calha ou com a região para a qual deverão atuar. Geralmente possuem um pequeno calado e grande capacidade de manobra, o que facilita a navegação ao longo do ano nas calhas dos rios.

Sua estrutura é constituída por dois pavimentos: um inferior, de atendimento, e um superior, de alojamento e convivência, possibilitando um adequado trabalho no pavimento de atendimento, e a hospedagem da equipe durante as jornadas de trabalho. A presença de camarotes, cozinha e banheiros, além de sala de convivência, possibilita boas condições para

alojamento e hospedagem, por longos períodos, das Equipes de Saúde da Família, que permanecem em média 20 dias embarcadas.

O pavimento de atendimento deve conter no mínimo os seguintes ambientes: consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, sala de vacina, banheiros e salas de procedimentos. Já o piso superior deve contar com cozinha, banheiros e dormitórios para toda a equipe (ver fotos e plantas no Anexo 7 - Estrutura física das UBSFs).

As UBSFs deverão estar equipadas conforme a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS, permitindo que a equipe tenha em suas mãos todo o equipamento necessário à atenção básica de qualidade, como laboratório e rede de frio, permitindo a conservação de medicamentos e imunobiológicos como soros e vacinas, cujo funcionamento é garantido pelo sistema de geração de energia da embarcação.

Conforme regulamentações do Ministério da Saúde, as UBSFs devem funcionar 20 dias por mês, em jornadas de oito horas diárias, visitando as comunidades de sua área de atuação regularmente, com uma visita a cada 40 dias na área delimitada. Este período compreende o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação pode ficar ancorada na sede do município ou em outras áreas determinadas, para que as equipes de saúde possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto a outros profissionais.

Há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico, como implantação de unidades de satélites que podem facilitar os serviços de telessaúde e/ou solicitação de custeio para aquisição de embarcações de pequeno porte como parte da estrutura da UBSF, tendo como finalidade o transporte exclusivo de profissionais a localidades não navegáveis, como igarapés ou outros tipos de cursos de água.

Desta forma, o modelo de atenção à saúde e a linha de cuidado executada funcionam nos moldes de um Programa Saúde da Família itinerante, permitindo o acesso regular aos serviços da atenção básica como: pré-natal, PCCU, planejamento familiar, imunizações, saúde bucal, saúde da criança, saúde do adulto e prevenção e promoção à saúde; já que nas

dependências do barco são realizadas consultas ambulatoriais, por médicos e enfermeiros, além de exames laboratoriais de rotina e urgência, pequenas cirurgias e procedimentos de enfermagem.

Sobre a abrangência da estratégia no âmbito do Amazonas, de acordo com dados obtidos no portal e-Gestor Atenção Básica²⁶, há 21 UBSFs habilitadas e 19 em funcionamento no estado. A cobertura de UBSF no Amazonas pode ser verificada na Figura 6.

A implantação das UBSF preconiza certa inovação no campo do acesso aos serviços de saúde pela população rural na Amazônia. A estratégia tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e de diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde (Garnelo, 2019). Além disso, a boa estrutura nestas unidades oferece às equipes de saúde melhores condições de trabalho e de alojamento.

De acordo com estudo (Garnelo et al, 2020), conduzido entre julho de 2017 e julho de 2019 em localidades ribeirinhas às margens do Rio Negro, entre os municípios de Manaus e Novo Airão, observou-se:

1. Aumento na cobertura dos serviços: um dos melhores resultados de efetividade diz respeito às consultas e a exames de pré-natal. A adequação da estrutura da UBSF para oferta destes serviços demonstrou possuir 94,6% dos itens requeridos, enquanto a média nacional em UBS comuns é de 26%, e na região norte é de 18%.
2. Viabilização de exames laboratoriais: a implementação de laboratório de análises clínicas nas instalações da UBSF reflete uma ampliação da atuação das equipes de saúde da família que é muito pertinente ao contexto amazônico. A maioria das UBS terrestres não possui instalações e profissionais de laboratório, exigindo da população tempos de espera mais longos para coletar e receber resultados de exames, além de exigir o deslocamento custoso até centros urbanos.
3. Agendamento de atendimento especializado em tempo oportuno: consegue acomodar de forma efetiva a demanda espontânea, com alta cobertura de atendimentos.

26 <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml> (Último acesso em 03/02/2021)

Assistência farmacêutica eficaz: possui um serviço de farmácia e um leque de medicamentos mais amplo do que o habitualmente disponível na rede de APS. Fornecem, por exemplo, medicamentos que estariam disponíveis apenas em unidades especializadas, como psicotrópicos.

Contudo, o cumprimento das sete consultas preconizadas para a gravidez só foi observado por 62,4% das gestantes, menor que a taxa de 73% encontrada para o Brasil. Isto ocorre essencialmente porque, devido à escala de funcionamento das UBSF – 21 a cada 60 dias –, nem sempre é possível realização de consultas no primeiro trimestre de gravidez ou no pós parto, que se limita à semana seguinte do parto. Geralmente, o tempo que leva para a equipe itinerante terrestre visitar a parturiente excede o intervalo preconizado para este tipo de consulta. Ainda assim, de acordo com o estudo em referência, a assistência pré-natal oferecida pela UBSF é comparável em qualidade e eficácia aos resultados observados em unidades básicas de saúde urbanas, demonstrando que é adequada para gestações normais sem complicações clínicas, apesar da característica itinerante da unidade móvel.

A disponibilidade regular de serviços itinerantes, como os ofertados pela UBSF, tem o potencial de transformar a relação da população rural na Amazônia com o sistema de saúde, como a UMF, alterando a relação dos usuários com o sistema de saúde. De maneira geral, o acesso aos serviços de Atenção Básica oferecidos para essas populações aumentou consideravelmente. No entanto, ainda existem barreiras para o acesso ao cuidado continuado, planejado de acordo com as especificidades locais, bem como dificuldades de acesso aos serviços especializados.

Alguns desafios que devem ser observados: a insuficiência de repasses financeiros, a necessidade de adaptações ao fluxo assistencial e a má organização de rotinas de trabalho. Mais ainda, faltam mecanismos de arrecadação compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas em municípios do tamanho de países, com dificuldades de comunicação, de transportes e de interiorização das equipes de saúde. Tratam-se ainda de localidades que apresentam diferentes perfis de morbimortalidade (Gama, 2018; Boas, 2016; Oliveira, 2013) se comparados ao resto do país, além do baixo investimento em infraestrutura e em saneamento básico.

Saúde Bucal de populações ribeirinhas

A saúde bucal é um elemento integrante da saúde geral e do bem-estar, além de garantir funções diárias essenciais executadas pelas estruturas orais. As condições de saúde bucal de uma população apresentam uma relação direta com a qualidade de vida de seus indivíduos. Essa, por sua vez, pode ter impactos negativos associados às condições como: dor dentária, lesões de cárie não tratadas, dentes com necessidade de tratamentos endodônticos (popularmente conhecido como tratamento de canal) ou de remoção cirúrgica (Cohen-Carneiro et al., 2010).

Na atenção primária à saúde, a equipe de saúde bucal é responsável por dar resposta às demandas da população e por ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Nesse âmbito, os procedimentos de caráter de baixa complexidade, como controle de placa bacteriana, restaurações, cirurgias de baixa complexidade, entre outros, são executados por um cirurgião-dentista, com auxílio de um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico em saúde bucal, dependendo da modalidade da equipe.

Procedimentos clínicos de média complexidade, como os tratamentos de canal e as reabilitações com próteses dentárias, são executados pela atenção secundária que, no SUS, é executada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

No Amazonas, apenas nove municípios (Boca do Acre, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins e São Gabriel da Cachoeira), dos 62 existentes, possuem CEOs e, dessa forma, funcionam como pólos de saúde bucal especializada para os municípios adjacentes. Entretanto, são alguns dos motivos encontrados para uma baixa adesão a essa modalidade de atenção à saúde, resultando em uma maior prevalência de dentes cirurgicamente removidos pela atenção primária: a alta demanda, que resulta em um grande período de espera; a distância entre os pólos e as comunidades ribeirinhas mais afastadas e o custo do deslocamento.

Existe um gradiente social forte e consistente entre o status socioeconômico, a prevalência e a gravidade das doenças bucais. Dessa forma, as doenças bucais podem ser consideradas um marcador clínico sensível de

desvantagem social. Entretanto, essas doenças não são, frequentemente, vistas como prioridades pelas políticas de saúde, na prática (Peres et al., 2019); isso porque a operacionalização das políticas de saúde apresenta inúmeros entraves no nível local (Dalfior, Lima e Andrade, 2015). Esses entraves decorrem de ações de gestores de saúde sem preparo técnico para a execução ou adaptação das políticas apresentadas pela instância federal.

Apesar de serem consideradas doenças com alta probabilidade de prevenção, as doenças orais, como a cárie e a gengivite, mantêm-se altamente prevalentes em populações mais marginalizadas pela sociedade (Peres et al., 2019), como os grupos populacionais ribeirinhos. Devido à distância de algumas comunidades em relação aos pontos estruturados do município, o acesso aos serviços de saúde bucal, que necessitam de uma estrutura física mínima para ser ofertado, torna-se dificultado, e isso resulta em um favorecimento do aumento da prevalência de condições patológicas. Além disso, há uma dificuldade na contratação de profissionais que aceitem trabalhar nas condições locais apresentadas pelas prefeituras municipais.

Visando à facilidade de acesso dos grupos populacionais ribeirinhos, e tentando garantir o cuidado em comunidades com grande dispersão territorial, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs), por meio de equipes de saúde em um consultório odontológico, também oferecem os serviços de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal, no âmbito da atenção primária. Entretanto, levando em consideração as vastas comunidades amazônicas, a quantidade de UBSFs e, consequentemente, de equipes de saúde, são insuficientes para a demanda local.

Para auxílio no campo da promoção em saúde, os agentes comunitários de saúde, bem como os técnicos em saúde bucal que residem nas comunidades, desempenham um papel importantíssimo na prevenção de agravos em saúde bucal por meio de realização de ações de prevenção e educação em saúde. Com a logística de atendimento das equipes de saúde em unidades fluviais, que visitam as comunidades em intervalos que podem variar de 30 a 60 dias, torna-se imprescindível que uma espécie de equipe local treinada assuma os eventos preventivos, prevenindo, dessa forma, a evolução dos agravos em saúde com ações periódicas.

Esse quadro apresentado fortalece a necessidade de adoção de

medidas mais amplas para oferta de serviços e de promoção de saúde bucal voltadas para populações ribeirinhas. Entretanto, entraves são identificados quanto à viabilidade dessas ações e podem ser representados pela: (1) dificuldade de acesso às comunidades devido à dinâmica fluvial (cheias e vazantes) ou do deslocamento dos indivíduos ribeirinhos aos pontos de atendimento; (2) ausência de políticas públicas em determinantes estruturais de saúde, como condições básicas de saneamento e intervenções sociais, que apresentam impacto significativo na autonomia do indivíduo quanto a suas decisões acerca da própria saúde bucal e de aspectos preventivos; (3) complexidade de execução de procedimentos odontológicos em locais sem estrutura física aceitável e biossegura, necessitando de unidades fluviais de apoio ou de consultórios portáteis; entre outros.

Diante disso, torna-se importante, para a redução de iniquidades em saúde e promoção de saúde bucal, um melhor acesso aos serviços de saúde, com estruturação e desenvolvimento de programas de prevenção voltados para as reais necessidades das populações isoladas e economicamente desfavorecidas, incluindo ações em determinantes estruturais de saúde.

Rede de Atenção Especializada

A rede de atenção especializada é concentrada em Manaus. A SES-MS (Plano Estadual de Saúde, 2010-2023) tem sob sua administração direta, na capital, 57 estabelecimentos assistenciais de saúde, seis fundações de saúde, estabelecimentos assistenciais de parceria público-privada, como o Hospital e Pronto Socorro Delphina Rinaldi Abdel Aziz, além de Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas (LACEN) e hemocentros.

A rede assistencial de média complexidade no interior do estado é composta de 64 Unidades Hospitalares/Maternidade, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ) e um Centro de Saúde no município do Careiro da Várzea. Há, ainda, dois hospitais militares no estado, um em São Gabriel da Cachoeira e outro em Tabatinga. Não há atendimento de alta complexidade no interior do estado, o que gera um grande gargalo para o usuário e para o sistema de saúde.

Análise de indicadores de desempenho da Rede de Atenção Básica no AM

Os indicadores que serão analisados a seguir compõem o incentivo financeiro de Pagamento por Desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) para o ano de 2020, no âmbito do Programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Trata-se de mecanismo instituído pelo Ministério da Saúde para monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esses indicadores, além de determinarem o valor do incentivo que será repassado aos municípios, também têm como objetivo dar transparência aos resultados obtidos e subsidiar gestores em processos de planejamento. Os indicadores são calculados diretamente por meio dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), sendo que cada qual possui seu próprio valor de referência e peso.

Os indicadores expressam quatro áreas estratégicas na atenção básica: pré-natal, saúde da criança, saúde da mulher e doenças crônicas. Não cabe aqui descrever os métodos de financiamento e o método de qualificação dos indicadores, uma vez que estes podem ser consultados por meio da Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS.²⁷ Para fins deste estudo, utilizaremos os indicadores de desempenho para análise de cobertura da atenção básica no estado do AM (Ver Tabela Anexo 8).

De maneira geral, o estado do Amazonas tem melhorado quanto à realização de consultas de pré-natal, mas a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natais realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação, teve média de 39,3% para os últimos três anos. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza como boa cobertura valores acima de 60%, o valor ainda é baixo para os parâmetros. Ainda assim, os valores acompanham a média nacional que varia de 19% a 29%. Em estudo recente, o estado do Amazonas apresenta, junto com o estado do Pará, o menor índice de cuidados adequados de pré-natal (Leal et al, 2015; Garneiro et

²⁷ disponível em https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf.

al 2020).

Quanto à proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, os valores aumentaram de 30% em 2018 para 57% em 2020, o que é considerado uma cobertura razoável e com valores bem acima da média nacional, que cresceu de 17% para 34% no mesmo período.

Também não é satisfatória a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, embora se observe um incremento no indicador de 17% para 27%. Há baixa cobertura de exame citopatológico, mas que está acima da média nacional para o período.

A cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente regrediu de 100% para 87% no segundo quadrimestre de 2020, o que continua sendo um resultado bom, mas abaixo do indicador de excelência, que seria de 95%. A baixa na cobertura vacinal também é observada como tendência nacional.

Os indicadores de percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, bem como o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre são muito baixos, o que indica uma alta fragilidade na cobertura de atendimentos voltados às doenças crônicas.

Em resumo, pelos indicadores analisados, observamos que os maiores problemas se concentram no acompanhamento de diabéticos e de hipertensos, bem como no pré-natal. Tais serviços caracterizam-se por demandar um acompanhamento mais frequente, o que é dificultado pelas características amazônicas de distância e dispersão territorial da população.

Diagnóstico situacional da cobertura da AB

Estudos indicam grande limitação na oferta, no acesso e na gestão dos serviços de saúde no estado do Amazonas. Considerando os estudos apresentados sobre Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstrados anteriormente, observa-se que no estado do Amazonas prevalece a existência de regiões destituídas de serviços necessários para garantir uma rede de atenção integral à saúde, conforme preconizado pelo SUS.

As desigualdades entre necessidades de saúde e distribuição de serviços tem uma relação direta com o acesso e com a qualidade dos serviços característicos da Atenção Básica. De acordo com estudo realizado (Guimarães

et al, 2018) a partir de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), obtidos entre 2013 e 2014, a cobertura nacional do acesso à Atenção Primária na Amazônia Legal é de 83,3%, sendo que

no estado do Amazonas é de 60,5%. A baixa cobertura no estado tem como principal causa apontada a barreira de acesso geográfico, conjugada com outros fatores, tais como as limitações na organização e no acesso ao serviço de saúde, considerando a baixa renda, a dispersão geográfica e as grandes distâncias que caracterizam em especial a população rural.

A partir da análise dos dados do Programa em referência, observou-se que, dentre as principais limitações em termos de organização dos serviços, destacam-se:

- (a) a dificuldade no acolhimento da demanda espontânea;
- (b) a demora no agendamento de consulta e
- (c) a indisponibilidade de transporte para o atendimento.

As dificuldades apontadas podem se relacionar com o fato de que o estado do Amazonas possui a maior concentração de internações por condições sensíveis à Atenção Básica.

4.7 Rede de cuidados tradicionais ²⁸

Além do sistema oficial de saúde, cabe observar a importância dos cuidados tradicionais presentes e vivos nas comunidades ribeirinhas e que são intensificados também em função do isolamento geográfico e da fragilidade no acesso aos serviços de saúde. Comunidades ribeirinhas desenvolvem recursos internos de cuidados com a saúde considerados tradicionais e que são protagonizados por curandeiros, parteiras, conhecedores de drogas naturais, especialistas em técnicas de massagem para o tratamento de contraturas musculares e entorses articulares, os quais realizam cuidados de saúde por meio do uso de recursos terapêuticos locais.

²⁸ Apesar da importância do tema, as práticas tradicionais não serão abordadas no âmbito desta consultoria.

Com isso, centenas de plantas, vários extratos botânicos e produtos animais têm um papel importante nas práticas realizadas. O recurso interno de utilização das práticas tradicionais de saúde demonstra ser um modelo sustentável de saúde praticado pelos ribeirinhos e que pode contribuir com o modelo oficial de saúde (Santos, Pagani, Ramos & Rodrigues, 2012).

4.8 Conclusão

É comumente conhecido que a interiorização de serviços públicos na Amazônia constitui um desafio para diferentes governos. Essa dificuldade geralmente se justifica pelas grandes distâncias geográficas, características da região e pelo inexecutável deslocamento rodoviário, frente à hidrografia regional. No caso das políticas de saúde, a situação não é diferente. Há uma notável insuficiência na provisão de ações e serviços de saúde, seja na atenção primária, seja na atenção especializada. Assim, por consequência da baixa interiorização de políticas públicas nas regiões rurais da Amazônia, a região norte possui baixos índices de desenvolvimento humano.

O direito à saúde é um direito fundamental social estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o que significa ser pressuposto para que o indivíduo consiga persistir por demais direitos. Por isso, os serviços de saúde devem ser ofertados de forma integral e coordenada pelas três esferas federativas. Entretanto, apesar do oferecimento gratuito da saúde e dos avanços na implementação do SUS em território nacional, o que se verifica é a dificuldade de universalização do acesso, em especial, em comunidades remotas que não contam com o aparato estatal para a execução de serviços básicos de saúde, educação e transporte (Domingos & Gonçalves, R.M., 2019).

Neste relatório, tentamos traçar um panorama amplo, embora resumido, dos problemas de saúde da população amazônica, expondo um possível perfil epidemiológico para a população ribeirinha. Também realizamos uma análise da oferta e do desempenho da rede de atenção à saúde disponível para as áreas rurais do estado, com o objetivo de refletir e discutir sobre como os serviços ofertados respondem aos problemas levantados.

Vimos que importantes determinantes de saúde estão relacionadas a um estilo de vida que depende da floresta e de seus recursos, bem como que fatores de risco para certas doenças podem ser decorrentes de problemas que afetam o meio ambiente, como é o caso da contaminação de mercúrio na água dos rios e em peixes, que pode estar relacionada inclusive aos danos neurológicos em ribeirinhos. As atividades laborais dos ribeirinhos, que se diferenciam substancialmente dos citadinos, deixa-os mais expostos a traumas e acidentes ofídicos, dentre outras, além desencadear fatores de risco para doenças oculares, como é o caso do pterígio e de sua relação com a exposição solar.

Apesar da diminuição das doenças transmissíveis ao longo da história recente, em especial, das doenças infecciosas causadas por protozoários, como malária, leishmaniose e chagas, há ainda preponderância dessas doenças em certas localidades. No caso das doenças transmissíveis imunopreveníveis, o papel da imunização por vacinas é fundamental e a manutenção de altas taxas de vacinação no estado é imprescindível para que muitas doenças não ressurgam, como foi o caso do sarampo em 2018. Cabe ressaltar que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19 e que é extremamente necessária para ribeirinhos, uma vez que esta população está localizada em áreas que não permitem fácil acesso aos serviços de saúde.

A partir da análise epidemiológica e social, podemos inferir certas semelhanças e contrastes entre o contexto rural amazônico e o contexto urbano. A população ribeirinha está mais exposta às doenças parasitárias devido às precárias condições de saneamento que atingem, geralmente, zonas rurais. Contudo, assim como nas populações urbanas, as desordens nutricionais têm sido um importante fator de risco para as doenças crônicas cujas proporções de casos aumentam a cada ano.

Além dos determinantes sociais e ambientais de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública tem sido observada como uma importante barreira para melhorias sanitárias e epidemiológicas. Com propósito de buscar soluções para problemas amazônicos, o governo federal tem promovido políticas e estratégias específicas, como é o caso de incentivos diferenciados para a implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e do investimento e incentivo para custeio de Unidades Básicas de

Saúde Fluvial (UBSF).

A estratégia de implantação das UBSF tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e de diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde. Contudo, estudos demonstraram que as UBSF são insuficientes para as condições que requerem atenção contínua, como o acompanhamento de programas como hiperdia e demandas espontâneas, embora sejam efetivas para serviços periódicos, como é o caso das consultas de pré-natal para gestantes de baixo risco.

Outro ponto observado diz respeito à inadequada utilização dos profissionais das comunidades e à discordância entre suas tarefas e as do restante da equipe. Considerando que as Unidades Básicas de Saúde fixas estão, na maioria das vezes, localizadas em áreas distantes das comunidades ribeirinhas; que as visitas comunitárias das ESFR são programadas e intermitentes, e que as UBSF oferecem serviços de forma periódica, o acesso à saúde mais próximo dessa população são aqueles dos serviços ofertados pelos Agentes Comunitários de Saúde e por Técnicos de Enfermagem.

Todavia, esses profissionais, normalmente residentes nas comunidades onde trabalham, não dispõem de suficientes recursos para realização de suas tarefas: faltam insumos, meios de transporte para deslocamento dentro e entre comunidades e, principalmente, qualificação profissional. Além disso, não há consenso quanto às atribuições profissionais específicas destas categorias. Na prática, o trabalho desenvolvido por eles vai além das ações de prevenção, uma vez que muitos se sentem responsáveis pela execução de procedimentos médicos e/ou de enfermagem, como realização de sutura ou aplicação de medicação venosa. Como vimos, a falta de provisão de médicos é uma constante realidade no interior da Amazônia. Embora o tema não tenha sido aprofundado neste relatório, ressalta-se a importância da telemedicina como alternativa de acesso aos serviços de saúde, e que colabora para diminuir a distância entre população e médicos (Machado, Carvalho, Mataresi, Mendonça, Cardoso, Yogi, et al, 2010).

Em suma, nota-se que o modelo das UBSF merece destaque enquanto política de saúde para a Amazônia, mas a estratégia não supre as necessidades de melhoria de acesso à saúde da população rural do Amazonas. Os profissionais que atuam continuamente dentro das comunidades necessitam

de melhor estrutura e de desenvolvimento de capacidade técnica para exercerem suas funções, além do reconhecimento e treinamento para exercerem outras habilidades que respondam, dentro dos limites de suas responsabilidades, às demandas locais.

Para que haja mudanças, o ponto de partida para superação das inconsistências e inadequações observadas deve ser o reconhecimento dos cenários sociais, ambientais e sanitários particulares da Amazônia rural. Além disso, é necessário proporcionar mecanismos para a implementação e concretude de uma política de saúde voltada às particularidades da Amazônia. Para isso, devemos transcender o ordenamento normativo atual que notoriamente não inclui o fator amazônico em seus regramentos. Também é necessário que estas medidas se desenvolvam por meio da cooperação entre instituições formais do Estado, entidades não governamentais, entidades privadas e sociedade.

5. Saúde da população indígena no estado do Amazonas

5.1 Introdução

O objetivo desta seção será apresentar informações relevantes e com evidência sobre o perfil de saúde da população indígena no Amazonas, bem como apresentar diagnóstico da rede de atenção à saúde indígena. Primeiramente, será apresentado o perfil sócio-demográfico da população indígena no estado, tomando como referência principal a base de dados do IBGE e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI/SUS). Na sequência, será apresentado o funcionamento e organização da rede de serviços de saúde ofertada e acessada pelos povos indígenas no Amazonas. Então, será feita análise do perfil de morbidade e mortalidade da população em estudo por meio de levantamento das consultas realizadas no ano de 2016 pelas equipes de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que atuam no estado do AM. Por fim, com base nas informações obtidas, será realizada breve discussão e análise da situação da saúde indígena no estado.

Cabe observar que, embora haja um número significativo de estudos e publicações acerca do tema, não foi observada qualquer análise epidemiológica da população indígena feita de forma abrangente e ampla, como é o caso da população indígena no Estado do Amazonas. Ressalta-se que a maior parte dos dados de saúde coletados pelos serviços de atenção primária é inserida no SIASI, que por sua vez não é de domínio público e tão pouco se comunica com outros sistemas de informação do SUS. Entretanto, apesar das dificuldades, porém sendo o principal sistema de referência para os profissionais de saúde indígena, optou-se pela análise das consultas realizadas na atenção primária como método de verificação do perfil epidemiológico da população. Ressalta-se que este estudo é inédito e atual, realizado unicamente com o propósito de subsidiar este relatório.

O diagnóstico da rede de serviços para saúde indígena terá como base a análise documental, bibliográfica e também o levantamento de dados das consultas realizadas em 2016. Parte fundamental do diagnóstico seria composta pelos resultados da realização e análise dos questionários a serem

respondidos pelos coordenadores de DSEI e Pólo Base. Cabe mencionar que embora a etapa estivesse prevista para realização no mês de janeiro corrente, devido a situação de colapso no sistema de saúde do Estado do Amazonas decorrente da pandemia da COVID-19, não foi possível finalizar a etapa que dependia exclusivamente da participação dos gestores.

5.2 Perfil Sócio-demográfico

O perfil sócio-demográfico da população indígena no estado do Amazonas terá como principais fontes a Base de Informações sobre os Indígenas e Quilombolas 2019, IBGE e o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena, SIASI/SUS.

A Base de Informações sobre os Indígenas e Quilombolas 2019 consiste em um conjunto de informações cadastrais, organizadas por municípios, sobre as localidades indígenas e quilombolas estimadas pelo IBGE para a realização dos censos e pesquisas. A base representa todos os lugares do território nacional onde exista um aglomerado permanente de habitantes declarados indígenas ou quilombolas, observando-se o princípio da auto identificação (Decreto n. 5.051/2004, Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho). Observa-se que, para o estudo, foram consideradas as terras indígenas oficialmente delimitadas pelos órgãos responsáveis, bem como outros agrupamentos de domicílios e localidades ocupadas por indígenas e quilombolas. Os dados irão compor o Censo Demográfico 2021. Contudo, foram antecipados nesta edição especial, lançada em virtude do enfrentamento à Covid-19, e ainda serão submetidos a etapas de validação em campo e em gabinete.

De acordo com a base do IBGE 2019²⁹, a estimativa populacional indígena/etnia no estado do Amazonas é de 168.680 indivíduos, sendo 135.877 com residência em Terras Indígenas. O total de etnias declaradas foi de 99, sendo 58 delas com população acima de 100 indivíduos. A população indígena está presente em 61 municípios do estado; considerando a totalidade, de 62, os indígenas estão presentes em quase todos os municípios.

²⁹ Base de Informações sobre os Povos Indígenas e Quilombolas | Indígenas e Quilombolas 2019. (último acesso em 30/01/2021)

O Amazonas possui a maior população autodeclarada indígena do país e, de acordo com o Censo 2010³⁰, representa 4,8% da população do estado e pouco mais de 20% da população indígena do país. Os municípios de São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença, Tabatinga e Santa Isabel do Rio Negro possuem população indígena acima de 10.000 indivíduos, sendo também os municípios com maior população indígena no país.

Dentre as principais etnias no estado, destacam-se: Yanomâmi, Apurinã, Sateré-Mawé, Jamamadi, Kokama, Kambeba, Tikuna, Mura, Kulina, Munducuru, Baniwa, Baré, Kobewa, Deni, Kuripaco, Paratintim, Kanamati, Juma, Kanamari, Kaxarari, Kaxinawá, Paumari, Kayoruna, Maku, Dessana, Miranha, Hichkaryana, Wai-Wai, Tukano, Piranã, Kutukina, Arapaso, Tenharim, Matis, Marubo, Kurubo, Warekana, Waimiri-Atroari, Zuruahã. São 164 Terras Indígenas no estado. Na área que corresponde ao estado do Amazonas são faladas línguas de pelo menos quatro famílias linguísticas: tupi-guarani, arawak, carib e gê, sem contar outras famílias menores ou línguas isoladas, como no caso do Yanomami. A diversidade cultural indígena no Amazonas é tamanha que é incorreto projetar um único padrão de organização social e política, como se esses povos vivessem do mesmo modo.

A distribuição espacial da população indígena no estado do Amazonas é o resultado do processo histórico de ocupação socioeconômica do Brasil e também de uma crescente afirmação identitária e territorial dessa população. As populações indígenas no estado do Amazonas pertencem a grupos linguísticos variados e possuem diferentes níveis de integração com a sociedade nacional (Ver parte 1 deste Relatório).

5.3 Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

O processo de desenvolvimento das políticas de saúde voltadas a população indígena teve diferentes iniciativas governamentais e da população indígena após decênios de resoluções legais e de experiências por meio de diferentes órgãos de execução, e que de certa forma acompanhou uma série de mudanças que aconteceram nos governos e na própria reformulação do estado brasileiro.

30 Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça

Em 1991, o Decreto Presidencial 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como base da organização dos serviços de saúde. Os DSEI correspondem aos territórios sanitários onde se organizam os serviços de saúde. Eles são orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. Os DSEI contemplam um conjunto de atividades técnicas assistenciais e administrativas-gerenciais. Importante destacar que cada DSEI conta com um Conselho Distrital como mecanismo de controle e monitoramento social das medidas adotadas no território.



Em 1999, o Senado Federal aprovou, sem emendas, o projeto de lei da autoria do deputado federal Sérgio Arouca (Lei no 9.836/99), que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e “...que pode ser considerada o marco regulatório da atenção a vida das populações indígenas do Brasil.”³¹ Naquele mesmo ano, o Decreto 3.156/99 estabeleceu as condições para a prestação dessa assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria MS 254/02).



Figura 8: Linha do tempo da institucionalização da Saúde Indígena. Fonte: SESAI/MS, 2017.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) manifesta o propósito de

“...garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos de saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura” (Brasil, 2002).

A figura abaixo demonstra as diretrizes que norteiam a PNAPS:

³¹ “Lei Arouca: A FUNASA nos 10 anos de Saude Indigena”. Fundacao Nacional de Saude / Ministerio da Saude. Brasília, 2009.

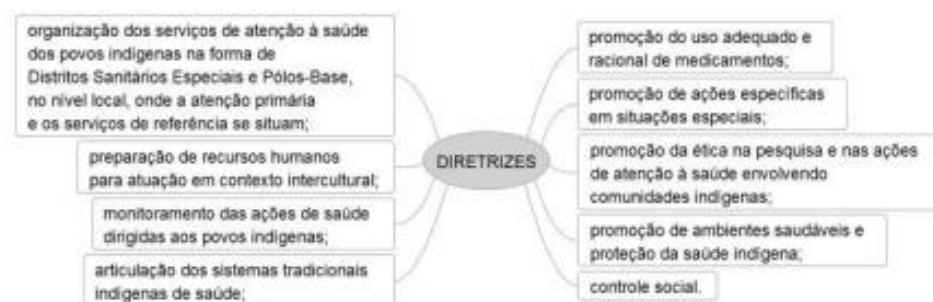


Figura 9: Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Criada em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável por coordenar e executar a PNASPI e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Além da oferta de serviços de atenção básica, a SESAI é responsável por ações de articulação com os serviços de média e alta complexidades, de modo a atender integralmente às necessidades de saúde dos povos indígenas, assim como prestar o apoio para o acesso desses povos à rede de serviços do SUS.

As edificações e o saneamento em terras indígenas também fazem parte do escopo de trabalho da SESAI. Além disso, devem prover a logística de transporte, comunicação e gestão de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) da Atenção Primária à Saúde.

Aos municípios e estados, cabe a complementação dos serviços de atenção básica, como apoio a diagnóstico e zoonoses, bem como a oferta de serviços de especialidades médicas e de urgência e emergência.

Quanto ao financiamento do SASISUS, as ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas são financiadas pelo orçamento do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. É importante ressaltar que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. Desta forma, os estados e municípios também deverão atuar complementarmente no que cabe às suas responsabilidades institucionais.

5.4 Organização dos serviços de saúde

Em cada DSEI, foram constituídos dois tipos de equipes: as equipes gestoras e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI).

As primeiras têm funções administrativas e financeiras. A partir do dimensionamento das necessidades de saúde da população, deve definir seus objetivos e planejar os níveis de esforço físico e financeiro necessários para efetivar a atenção à saúde permanente e continuada em seus territórios. A administração da atenção é efetivada por uma Coordenação Técnica constituída por profissionais de saúde que têm funções de coordenação, planejamento, assistência técnica e monitoramento/avaliação sobre o desempenho e atividades programáticas definidas pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena do Ministério da Saúde, situada em Brasília.

As equipes gestoras estão situadas na cidade sede do DSEI e também dispersas nas sedes dos denominados Pólos Base, situados, em sua maioria, em sedes municipais, selecionadas segundo posição geográfica que permita a acessibilidade física para oferecer cobertura permanente e oportuna à totalidade das aldeias.

As EMSI estão constituídas por distintas especialidades e níveis de formação profissional, e são definidas segundo os tipos e demandas de problemas de saúde a resolver. Estas equipes são os executores fundamentais do sistema de saúde e prestam assistência à saúde dentro das terras indígenas nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e por meio de visitas domiciliares.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) integram as EMSI e residem nas aldeias assistidas. Os primeiros são treinados e oferecem apoio intercultural nas práticas de atenção básica, enquanto os segundos são responsáveis pela manutenção dos sistemas de distribuição de água e por outras atividades de saúde ambiental.

No caso da região amazônica, as equipes ficam na área de maneira contínua e são substituídas por outras equipes aproximadamente a cada 20

dias. No caso de demandas de apoio, especialmente de surtos, estas EMSI podem ser deslocadas entre os Pólos Base ou inclusive entre os DSEI.

As UBSI constituem a porta de entrada da rede hierarquizada do SUS. Estas são estruturas simplificadas para atenção da saúde no local. Em casos que demandam maiores cuidados ou integração com a rede de referência nos municípios, os pacientes são referenciados aos Pólos Base. Geralmente, é a partir dos Pólos Bases que os pacientes são regulados para tratamento em centros urbanos. Nas cidades, pacientes e familiares são acolhidos pelas Casas de Apoio à Saúde Indígena, que funcionam como um estabelecimento de trânsito.

Após 20 anos de experiência com o modelo de organização distrital de saúde indígena, pode-se considerar que o acesso da população indígena aos serviços de saúde foi o fator de maior destaque positivo. A garantia de acesso representa avanços significativos para efetivação do direito universal à saúde, ainda considerando que a acessibilidade física aos profissionais de saúde é um dos principais problemas amazônicos.

Uma contribuição fundamental que o modelo permitiu foi a mudança histórica no programa de imunizações, uma vez que as campanhas esporádicas foram substituídas pelo estabelecimento de atividades de rotina na aplicação das vacinas segundo o calendário vacinal das pessoas. A modalidade de campanhas é apenas realizada uma vez por ano (“O mês de vacinação”) para compensar alguns déficits. O resultado, como veremos, está expresso pelo progressivo aumento da cobertura vacinal.

Outros aspectos da política de saúde considerados como estratégicos, contudo ainda não são satisfatórios, são:

- Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento e avaliação das ações de saúde;
- Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde;
- Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ambientes saudáveis.

5. Perfil de Morbidade

A análise da condição de saúde das sociedades indígenas estabeleceu a necessidade de incorporar outras perspectivas teóricas, especialmente das ciências sociais e ambientais, que superem o tradicional quadro de referência centrado quase exclusivamente na interpretação biomédica como paradigma predominante das instituições oficiais de saúde.

Isso foi demonstrado pelas contribuições da antropologia médica nos últimos 50 anos, quando foram incorporadas novas perspectivas e categorias de análises que permitiram uma melhor compreensão dos fenômenos mais complexos de saúde-doença, em comparação aos resultados obtidos mediante as perspectivas tradicionais, quase exclusivamente baseadas nos conhecimentos das ciências médicas promovidas e praticadas nos âmbitos institucionais oficiais.

A partir das conclusões dos cientistas que promoveram a crítica da relação entre os serviços médicos e os níveis de saúde, foram realizadas contribuições, principalmente nos anos 70 e 80, que foram consideradas como a formulação da “nova saúde pública”, e que foram progressivamente adotadas e preconizadas nas recomendações dos Organismos Internacionais e nas políticas públicas da maioria dos países. Simultaneamente, as pesquisas interculturais realizadas em numerosos países do mundo permitiram uma maior aproximação com as ciências sociais, inclusive de seus novos paradigmas, que permitiram complementar análises mediante categorias qualitativas e quantitativas, por exemplo, na formulação de “modelos explicativos”, ou nas análises fenomenológicas de problemas biopsicossociais.

5.5 A tradição indígena nos cuidados de saúde

Na América Latina, as pesquisas dos sistemas de autocuidado e dos cuidados de saúde doença elaborados pelas sociedades e culturas indígenas, especialmente nos últimos 90 anos, demonstraram a existência de paradigmas ancestrais onde estão integrados os princípios ambientais e da vida, a pessoa e a sociedade, os conhecimentos e a explicação do mundo e de suas origens,

nos quais estão a base fundamental e o atributo "anímico" ou espiritual que sintetiza o conceito de vida de todos os seres e de suas inter-relações neste mundo e de sua passagem para o além.

Em termos das noções de doença, foram identificadas a existência de redes sociais que procuram a sua identificação, interpretação, prevenção e intervenção. Estas redes operam segundo padrões familiares, com suas particularidades espirituais e os paradigmas de base de suas sociedades, e a especificidade local ou regional de seus problemas, com a formulação ou atualização de conhecimentos. Estes são apreendidos pela tradição oral secular e pela experiência da procura de interpretar e resolver os problemas vivenciados, que posteriormente são atualizados no âmbito e através das descendências genealógicas.

Nos anos 80, estas redes foram analisadas dentro da teoria de sistemas para superar a visão funcionalista de respostas sociais em saúde, sendo nomeados como "Sistemas não formais de saúde", em contraposição aos "Sistemas formais de saúde", que são aquelas organizações com paradigmas médicos baseados na cultura ocidental e que operam com reconhecimento legal por parte do Estado. Os sistemas de saúde indígenas operam como sistemas sociais abertos de caráter participativo, têm uma alta acessibilidade cultural, física e financeira, não adotam uma formalização institucional nem estão organizados hierarquicamente como os sistemas oficiais; têm uma grande adaptabilidade e mantêm uma limitada dependência externa.

Estes sistemas contam com pessoas com diferentes tipos de conhecimentos (os *yai*, *kumu*, pajês, *ngetacü*, *xapiri thëpë*, *sotayreti*, ervateiros [*baraytare*, entre os Enawenê-nawê], parteiras, *hoenaytare(lo)* soprador e sopradora etc.) em que sua formação é continuada ao longo de toda sua vida, e a procura de conhecimento está baseada no seu intercâmbio de saberes e de experiências locais, regionais e até internacionais.

As sociedades indígenas identificam signos e sinais ou atributos pessoais diferenciais desde o nascimento, e posteriormente toda sua educação é orientada ao conhecimento do mundo espiritual, aos mitos de origem da sociedade e dos paradigmas de base que definem e expressam sua identidade. Isto é, especialmente no plano de sua cosmovisão, em que, desde uma visão externa, o que se considera como algo restrito à "atenção à saúde" em

realidade tem outra perspectiva.

Essa deve ser entendida desde a definição do “ser” e de “pessoa” em que apenas um aspecto destes corresponde à expressão da saúde ou à sua perda. A doença, ao ser expressada, não necessariamente é um evento individual; o conjunto de membros da família pode manifestar outros sinais ou sintomas que se constituem como um quadro único de doença familiar, que em certas etnias pode ser entendido como um problema comunitário, e por isso as respostas não foram procuradas na clínica médica ou nos programas de saúde mental. O conhecimento visa à interpretação e à procura do equilíbrio entre os estados de “anormalidade” ou “desequilíbrio” na pessoa, e dela com os outros seres que coexistem no mesmo ambiente e território. As intervenções são realizadas mediante eventos rituais, o uso de produtos vegetais, animais, minerais e manobras físicas no corpo. O poder do conhecimento permite não somente o domínio dos “espíritos companheiros” para restituir o bem-estar, mas também de aqueles que podem produzir o “mal” (*yuücü* entre os Ticuna; *iholalare* entre os Enawên-nawê), que é uma das principais causas de patologias nativas: “o feitiço” que pode ser considerado como uma síndrome nos modelos explicativos indígenas.

Os processos de mudança sociocultural da sociedade expressam-se nas transições ou sincretismos dos paradigmas de base da identidade, que incluem os modelos explicativos de bem-estar e de saúde. Entretanto, nessa procura de conhecimento, frequentemente são incluídos os saberes e práticas de outros sistemas de saúde, particularmente no caso da coexistência nas aldeias de práticas tradicionais com aquelas da medicina ocidental, quando suas experiências permitem ou não a adoção e uso de produtos farmacêuticos.

5.6 Morbidade

Nesta seção, analisaremos a situação de doença e de morte da população indígena a partir da perspectiva do modelo explicativo da medicina ocidental. A análise de saúde será dimensionada a partir da avaliação clínica de profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. As consultas analisadas integram o banco de dados do SIASI/SUS. A metodologia utilizada está descrita no Anexo 9.

Para estabelecer o perfil de morbidade e mortalidade, foram analisados os registros de consultas assistenciais em que constam as demandas de atenção aos serviços de saúde, assim como os diagnósticos de patologias segundo a avaliação clínica de pacientes atendidos por médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem; e de agentes indígenas de saúde, entre outros, no âmbito dos DSEI, e da informação proveniente de atendimento hospitalar no caso de pacientes referenciados para outros níveis de atenção.

Ao todo, foram analisados **94.464 diagnósticos registrados no ano 2016, correspondentes às consultas de 44.401 pessoas**. Os registros analisados foram obtidos do banco de dados dos seguintes DSEI:

- Toda a população: Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Manaus, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, e Vale do Javari (Ver Figura 7);
- Apenas a população que ocupa parte do território do Estado do Amazonas: Alto Rio Purus, Alto Rio Juruá, Porto Velho, e Yanomami (Ver Figura 7).

Considerações sobre estatísticas descritivas quanto aos valores de dispersão e valores do desvio padrão de cada um dos DSEI estão demonstrados no Anexo 10, p. 10-12. Contudo, um fato relevante a ser destacado é que os **DSEI Médio Rio Purus (n = 20.811) e Alto Rio Solimões (n = 26.940) são os que apresentam uma maior quantidade de consultas e, consequentemente, uma maior dispersão dos diagnósticos**. Isso pode ser considerado por uma melhor qualidade na cobertura específica de atenção da população, seja pela acessibilidade das diferentes faixas etárias e/ou na maior quantidade de diagnósticos diferenciais. O fato de obter estes maiores patamares de registro pode ser considerado também como um aspecto importante da gestão em saúde destes DSEI.

A avaliação da cobertura considerando as consultas assistenciais refere-se a uma dentre outras dimensões de análise e busca verificar a disponibilidade e distribuição demográfica de serviços. Assim sendo, trata-se apenas de um componente de avaliação. Para uma análise mais abrangente, devem-se relacionar outras dimensões, como as relações políticas, econômico sociais, técnicas e simbólicas. De todo modo, as consultas podem ser consideradas como uma variável que expressa a dimensão da “cobertura verdadeira” (Paganini, 1998) ou cobertura real (Soberón, 1988; Cardoso, 2012),

que é uma das diferentes categorias de análise da noção de cobertura e representa a utilização dos serviços por parte da população; ou seja, o uso efetivo do sistema de saúde, que representa a acessibilidade real sobre a oferta teórica ou potencial de cobertura populacional.

Em relação às consultas por faixas etárias, **as crianças menores de 1 ano** com consultas (n = 7.541) foram levadas para consultas de crescimento e desenvolvimento em mais de 50% das consultas (n = 4.265), o que significa que as consultas por doenças (n = 3.276) tiveram 1 consulta *per capita*. Este grupo etário representa apenas **8,51% do total de consultas** (n = 88.629), sendo a **população com menor número de atendimentos**; o que pode ser explicado pelas pautas culturais de cuidado e proteção materna. Porém, **entre 1 e 4 anos, o número da população atendida representa 25,11% das consultas**. Em termos de comparação com a faixa etária menor de 1 ano, o número de crianças atendidas aumenta 2,5 vezes, mas são diagnosticadas aproximadamente 5 vezes mais doenças infecciosas, observando-se um aumento das consultas de 2,13% per capita. O número de pessoas que realizaram consultas diminuiu a partir dos 50 anos, mas aumentou o número de consultas per capita até 3,05% na população de 60 e mais anos.

A totalidade dos diagnósticos registrados nos nove DSEI foi agrupada por faixas etárias segundo os Capítulos do CID-10, e são apresentados com dados absolutos. Considerando que nos dados brutos existem sub-registros de casos e de diagnósticos nos DSEI, os dados são também expressos com valores relativos, visando demonstrar o peso ou a representação relativa ao perfil de morbidade. Os diagnósticos realizados no período neonatal foram agregados na morbidade da faixa etária menor de 1 ano devido ao número muito baixo de consultas e/ou registros realizados. Deve-se sublinhar que as consultas têm dois tipos de registros: (a) atividades e procedimentos de atenção em prevenção, acompanhamentos, aconselhamentos, etc. – Capítulo XXI; e (b) os outros Capítulos I a XX, que identificam doenças, agentes etiológicos, transtornos orgânicos e situações sociais e ambientais que afetam a saúde.

O número de consultas (n = 94.464) por faixas etárias, segundo capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10 corrigida), da população indígena do estado do Amazonas no ano 2016 pode ser verificado no Anexo 10, p. 14. A partir da análise desses dados, observa-se:

1. Tendência à concentração dos diagnósticos de patologias nas primeiras cinco categorias de doenças com maior frequência de registros – doenças infecciosas e parasitárias; sintomas sem diagnóstico; doenças do aparelho circulatório; doenças de pele; e doenças do sistema osteomuscular. Esses registros representam 65,7% das consultas e 85,15% das 1.960 patologias que foram investigadas;
2. Da totalidade de registros, observa-se que o problema fundamental da população é devido às **doenças infecciosas e parasitárias** (n = 41.456), que representam **52,61% do total de casos**;
3. Nota-se que, em segundo lugar, estão as consultas por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico (n = 11.955, 15,17%), que correspondem às consultas de tipo sintomático (dor, febre, tosse, etc.) que podem não ter uma maior transcendência clínica. É importante notar que as manifestações desses sintomas podem ser interpretadas a partir do paradigma nativo sobre doença, como por exemplo, o *feitico*. Contudo, não caberá nesta análise uma interpretação cultural das patologias. Sendo assim, pode-se inferir que o número de consultas *per capita* nesta categoria (razão de 1,7 a 2,5) podem ter sido insuficientes para estabelecer clinicamente a etiologia de certas doenças. Cabe, ainda, ressaltar que **os números das consultas de enfermeiras (n = 48.966, 42,57%) são ligeiramente superiores às consultas médicas (n = 43.769, 38,5%), enquanto que aproximadamente 14% das consultas são realizadas pelos técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde**;
4. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (n = 6.638, representando 8,42%) manifestam os problemas relacionados à condição social da população, devido ao contexto laboral relacionado à pesca, à caça e ao extrativismo em geral.

Em relação ao tipo de registro do Capítulo XXI, "Contato com os serviços de saúde" (n = 15.661; 16,58% do total das consultas), é significativo notar que as consultas de crianças de 0 a 4 anos representaram 65,70% do total. Esta categoria de consulta, que tem caráter preventivo, é fundamental para esta faixa etária.

No gráfico seguinte observa-se a distribuição do número total de diagnósticos de patologias analisadas, segundo capítulos CID-10, por cada

grupo etário.

A leitura do perfil epidemiológico pode ser realizada ao longo do ciclo vital, assim como das curvas geradas pela incidência das diversas patologias diagnosticadas. A mudança de cores indica os valores que extrapolam as médias de cada capítulo, que podem ser interpretados como excesso de casos.

Como em outras sociedades, a população entre 5 e 9 anos apresenta um menor número de casos de doença, mas chama a atenção que isso também aconteça na faixa etária de 50 a 59 anos, enquanto observa-se também o aumento de números de casos na população de 60 anos ou mais.

Na maioria dos capítulos de patologias, observam-se valores muito baixos. Isto pode ser explicado pelo fato dos dados terem sido obtidos por meio dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A dotação de profissionais de todos DSEI que ministraram consultas no território do estado foi de: 113 médicos, 617 entre enfermeiras e técnicos de enfermagem, e 351 agentes indígenas de saúde, em um total de 1.241 profissionais contratados que efetuaram consultas demandadas pela população.

Em relação às categorias relacionadas com doenças na gravidez, parto e puerpério (XV), o gráfico apresenta um baixo número de casos (0,12%); inclusive 17 de 92 diagnósticos foram registrados na população maior de 50 anos, o que indica baixa qualificação na inserção das informações. De igual maneira, foram identificados poucos eventos (0,04%) das afecções originadas no período perinatal (XVI), e que também pelo menos três casos apresentam erros de registro.

Ainda que os dados de parto domiciliar não estejam disponíveis, esta situação pode ser explicada principalmente pelo **impacto positivo das ações de pré-natal e do acompanhamento da saúde da mulher.**

No gráfico 3, observa-se a proporção das principais causas de doenças. Em sete capítulos do CID, foram agrupadas 91,33% de todas as patologias diagnosticadas, em termos absolutos. No gráfico nº 4, se apresentam as curvas das três principais categorias de doenças. Estas apresentam sua magnitude em cada faixa etária, o que permite observar sua frequência ao longo do ciclo de vida da população indígena. No gráfico 5, é apresentada a proporção dos

cinco principais grupos de patologias infecciosas que compõem a curva anterior.

5.7 Doenças infecciosas

As doenças infecciosas apresentam uma significativa prevalência dentre todas as patologias registradas, sendo as primeiras causas de doença em todas as faixas etárias (Ver no Anexo II, Tabela 1, os dados da totalidade destas patologias).

Esta evidência epidemiológica atualiza uma importante discussão em torno da maior susceptibilidade dos povos indígenas às epidemias. A memória histórica de epidemias que causaram o maior impacto na redução demográfica dos povos indígenas (Reis, 2017), conjugadas com a persistência das doenças infecciosas, como demonstrado, leva-nos a concluir que há uma continuidade histórica secular de maior vulnerabilidade epidemiológica da população indígena a patologias endêmicas. Por isso, o planejamento de ações em saúde, sobretudo as de prevenção de doenças infecto-contagiosas, assume grande importância na redução da patologia e também da mortalidade indígena.

Como consequência da experiência social do impacto das doenças infecciosas, as diversas populações indígenas de diferentes países elaboraram a categoria de "doenças do branco" ou "doenças vindas de fora", para descrever a modalidade epidêmica. As primeiras epidemias devastadoras foram de varíola e de sarampo, infecções respiratórias (de onde se adota a palavra "gripe"), assim como outras conhecidas pelos nomes genéricos de "febres intermitentes" e outras. Oswaldo Cruz, em sua expedição pelo Rio Negro, em 1913, constatou a alta mortalidade produzida pelo paludismo, com a quase extinção da população nas áreas afetadas.

Nos anos 70, foram questionadas as relações entre os serviços de saúde e os níveis de saúde, com a disponibilidade de novas tecnologias de saúde e seu impacto na mortalidade e as melhoras nos níveis de saúde. McKeown e Lowe (1974), na avaliação das melhorias de saúde na Inglaterra, analisaram a situação das principais doenças infecciosas durante um século, no qual foram identificadas as contribuições da ciência em saúde, a descoberta dos agentes patógenos, seus tratamentos e inclusive a introdução das vacinas específicas. Quando compararam as taxas de mortalidade por tuberculose, entre a década

iniciada em 1850 e a iniciada em 1891, observaram a diminuição da mortalidade a quase metade; tífis, febre tifóide e escarlatina a quase uma quinta parte; cólera, disenteria e diarreia por volta da décima parte. No caso da tuberculose, as taxas de mortalidade já estavam em pleno descenso quando foram descobertos o bacilo, a quimioterapia (perto de 1945) e a vacina BCG, após os anos 50. Ou seja, **o impacto do tratamento clínico e vacinal impacta nas taxas residuais, mas esta queda é explicada pela correlação entre o aumento da qualidade de vida, especialmente pela melhoria da alimentação.** Para outras doenças infecciosas, destaca-se a correlação com a **melhoria da qualidade da higiene, pela disponibilidade de sistemas de água e pela melhoria da dieta.**

Em outros casos, como da varíola, a principal razão para diminuição da mortalidade, e posteriormente para erradicação da doença, foi a vacina. Secundariamente, desde 1900 foi observada uma queda significativa da mortalidade infantil, além da diminuição das doenças infecciosas. O fato foi associado à introdução dos **cuidados médicos na saúde materno infantil, às melhorias da alimentação das crianças, ao estabelecimento das rotinas de avaliação da saúde, e ao desenvolvimento da medicina preventiva.**

Traçando um paralelo com a realidade atual, estudos demonstram que povos indígenas são mais suscetíveis ao Sars-CoV-2 (Santos et al, 2020; Fiocruz, 2020 e Farias et al, 2019). A vulnerabilidade desses povos à COVID-19 tem como principais fatores: (a) intrusão de Terras Indígenas para atividades ilegais, como garimpo e extração de madeira; (b) carência de infraestrutura de saneamento; (c) existência de domicílios com maior média de moradores; (d) maior distância em relação a municípios com disponibilidade de leitos em unidades de terapia intensiva (UTIs) e respiradores; (e) índices elevados de obesidade e desnutrição; (f) níveis elevados de hospitalização por doenças infecciosas e parasitárias, principalmente por pneumonia e diarreia, em todas as regiões do país.

Atualmente, a definição de políticas públicas e a formulação de programas de saúde abrangem todos os fatores de causalidade. Mesmo com a disponibilidade de tecnologias mais rápidas de diagnóstico e de medicamentos de alta eficácia sobre os agentes patógenos, ainda assim as políticas coexistem com as altas cifras de prevalência das doenças infecciosas.

Pode se inferir que a **explicação deve ser procurada na qualidade e na eficácia do desempenho do subsistema de saúde indígena; ou, apesar dos avanços nas intervenções clínicas, as explicações devem ser procuradas também nas condições sociais da população e nos determinantes ambientais.**

A diminuição de espécies animais, causada pelo desequilíbrio ambiental gerado por concessões florestais, mineração e garimpo, entre outros, juntamente com a redução da biomassa, comprometem os principais insumos proteicos da população.

Deve-se ainda sublinhar que, nos registros de morbidade, não aparecem evidências de subnutrição; mas, biologicamente, sabemos que as doenças infecciosas têm um substrato de **deficiência nutricional**. Além disso, **a desflorestação cria condições favoráveis para a multiplicação de vetores** e, conseqüentemente, do incremento da transmissão de malária.

Nos registros das patologias infecciosas, as únicas doenças identificadas que são preveníveis por vacinas foram: Tuberculose (n = 96, 0,22%) e Hepatite viral (n = 33, 0,08%).



As infecções respiratórias são as mais frequentes, mas na maioria não foram consideradas graves, já que são infecções agudas das vias aéreas superiores, como gripe e bronquite aguda. A prevenção é realizada mediante a vacina trivalente para Influenza para proteção dos vírus A/H1N1, A/H3N2 e

uma cepa B, e **até finais de 2019 a cobertura da população indígena do estado de Amazonas era de 96,8%**. Também é ministrada a vacina Pneumocócica 10 Valente, para proteção de infecções causadas por *Streptococcus pneumoniae*, que teve uma cobertura de 98,1%. Ainda assim, foram observados casos de **mortalidade por infecções respiratórias**; como se observará mais adiante, na análise da mortalidade. **A maioria acontece nos menores de 1 ano com diagnósticos de pneumonia por microorganismo não especificada ou não classificada em outra parte.**

Com uma frequência quase semelhante, foram diagnosticadas as helmintíases, como são nomeadas as parasitoses intestinais, dentre as quais as mais numerosas são as Filárias e as Ascaridíase; mas, geralmente, os diagnósticos não especificam o tipo de parasita.

Em terceiro lugar, observam-se as infecções por protozoários que correspondem ao diagnóstico de malária. Na maioria dos casos, as infecções são pelo *Plasmodium vivax* e *Plasmodium falciparum*.

Na sequência, são observadas as infecciosas intestinais, manifestadas pela síndrome diarreica e pela gastroenterite; na maioria dos casos, não são identificados os agentes patógenos, que incluem as amebíases, as infecções virais e por protozoários.

As infecções registradas por micoses não apresentam gravidade, já que tratam-se de micoses superficiais e dermatofitose.

Nas infecções da pele e do tecido subcutâneo, são observados o abscesso cutâneo, furúnculo e antraz, assim como o impetigo.

As infecções do aparelho digestivo fazem referência aos casos de transtornos intestinais presumivelmente infecciosos.

Quando observamos a frequência das principais doenças infecciosas ao longo do ciclo de vida (Tabela 3 e Gráfico 7), **a primeira infância é principalmente afetada pelas infecções do aparelho respiratório.** Em segundo lugar, **as parasitoses intestinais têm uma maior prevalência desde o primeiro ano de vida, e sua manifestação se prolonga nas faixas etárias seguintes**, apresentando posteriormente uma paulatina diminuição a partir dos 20 anos até o final do ciclo vital. Essas parasitoses evidenciam os problemas de saúde ambiental. Por outro lado, a formação e prática dos Agentes Indígenas de

Saneamento requerem uma melhor articulação de trabalho na prevenção com os profissionais de saúde, e não exclusivamente com os profissionais de engenharia. Quando se observa a curva da prevalência de malária, deve-se lembrar que os dados são um consolidado das patologias de todos os DSEI do estado. Contudo, em algumas regiões, como no Vale do Javari, esta patologia se apresenta como a mais prevalente (Ver Anexo 10 , página 33-37).

Tabela 3. Número das principais patologias infecciosas por faixas etárias (n = 24.811, 96%) na população indígena do estado do Amazonas, 2016.

Categorias do Capítulo I CID-10	< 1 a	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	TOTAL	%
Infeções do aparelho respiratório	64	2.495	2.751	2.449	1.228	1.063	687	449	597	11.783	45,39
Helminthíases	68	883	1.013	1.490	844	672	444	299	346	6.059	23,34
Doenças devidas a protozoários	345	701	536	407	399	348	243	175	204	3.358	12,93

Doenças infecciosas intestinais	81	457	406	536	382	306	171	114	120	2.573	9,91
Micoses	15	201	301	234	88	89	53	20	37	1.038	4,00
Infeções da pele e do tecido subcutâneo	64	2.495	2.751	2.449	1.228	1.063	687	449	597	11.783	45,39
Infeções do aparelho digestivo	68	883	1.013	1.490	844	672	444	299	346	6.059	23,34
Total	573	4.73	5.0	5.11	2.94	2.47	1.59	1.05	1.30	24.811	96 %

		7	07	6	1	8	8	7	4		
--	--	---	----	---	---	---	---	---	---	--	--

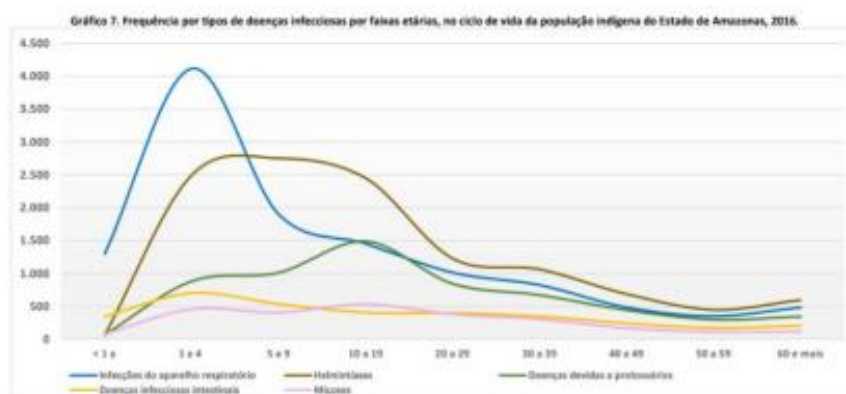


Gráfico 7. Frequência por tipos de doenças infecciosas por faixas etárias, no ciclo de vida da população indígena do Estado do Amazonas, 2016.

As infecções intestinais, as micoses e as infecções da pele estão associadas aos problemas de disponibilidade de água apta para consumo humano, além dos problemas de contaminação ambiental e das práticas dos cuidados pessoais. Um dos problemas observados são os casos de Tracoma, que possivelmente estejam significativamente sub-diagnosticados.

Um aspecto fundamental que deve ser analisado no perfil de morbidade perpassa o problema do diagnóstico etiológico, para colocar em questão o princípio da atenção “diferenciada” na população indígena. **A falta da formação dos profissionais de saúde na atenção intercultural** relaciona-se, por exemplo, aos limitados registros de diagnósticos das infecções sexualmente transmissíveis. A falta do conhecimento da cultura do sexo das diversas etnias constitui um fator de restrição das demandas de atenção; assim como a proporção de profissionais médicos masculinos sobre os femininos também contribui para uma restrição baseada na perspectiva de gênero, já que um dos mais importantes meios de diagnóstico é mediante exames pré-natais.

Os dados de casos registrados no SIASI não apresentam coincidência quando comparados com os dados das planilhas dos responsáveis dos programas nos DSEI. (ver Anexo 11, tabelas 2 a 8).

A disponibilidade de teste rápido para HIV foi fundamental para o

diagnóstico precoce, mas o problema principal está relacionado ao tratamento devido, uma vez que é difícil garantir o uso contínuo das doses indicadas dos medicamentos antirretrovirais.

Por outro lado, a distribuição de preservativos (ver Anexo 11, tabela 9) não é tratada como introdução de novas tecnologias preventivas. Em estudo realizado no DSEI Mato Grosso do Sul, foi demonstrado que o uso da camisinha em portadores de HIV é baixo: somente 12,5% passaram a usar preservativos após o diagnóstico.

5.8 Perfil de Morbidade nos diferentes territórios distritais de saúde indígena no Amazonas

A análise das condições de saúde na modalidade de Distrito Sanitário permite o conhecimento mais específico das populações, assim como dos contextos ambientais e sociais. Consideramos esta análise essencial para desenvolvimento de estratégias e ações mais adequadas visando à resolução dos problemas.

Diante disso, elaboramos uma análise epidemiológica para cada DSEI que possui população indígena no estado do Amazonas, que pode ser conferida na íntegra no Anexo 10. A seguir, apresentaremos um resumo dos principais pontos observados em cada DSEI.

(a) DSEI Alto Rio Negro

Dados gerais

- População: 28.858
- Etnias: 23
- Aldeias: 733
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 6
- Polo Base: 25
- Casa de Saúde Indígena: 1
- Área (em Km²): 294.503,00 Municípios: Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira

Principais achados:

Principais etnias:

- **Rio Uaupés:** Arapaso, Bará, Barasana, Desana, Karapanã, Kubeo, Makuna, Miriti-tapuya, Pirá-tapuya, Siriano, Tariana, Tukano, Tuyuka, Kotiria, Taiwano, Tatuyo, Yuruti (sendo que as três últimas habitam só na Colômbia).
 - **Etnias Maku:** Localizam-se predominantemente nas regiões interfluviais desde o Rio Guaviare, na Colômbia, ao Japurá, no Brasil, cortando a bacia do Uaupés. Falantes da língua Maku. Dow, Hupda, Nadöb, Yuhupde, Kakwa, Nukak (as duas últimas habitam só na Colômbia).
 - **Rio Içana:** Falantes de língua da família Aruak. Baniwa e Coripaco.
 - **Rio Xié e do Alto Rio Negro:** falantes do nheengatu. Baré e Wareken
-
- Neste DSEI, foram analisadas 11.110 consultas, realizadas por 8.406 pessoas. A média de consultas per capita em todas as idades foi de 1,32 e apesar do **baixo número de consultas da população menor de 1 ano (1,98% do total de consultas)**, apresenta uma razão de 1,42 consultas per capita;
 - 18 médicos realizaram 38,25% de todas as consultas; as demais foram realizadas por técnicos de enfermagem e enfermeiros;
 - **Morbidade dependente de variáveis ambientais e socioeconômicas** comuns às etnias. A hipótese da morbidade como dependente da pertença étnica foi rejeitada;
 - As **doenças infecciosas e parasitárias** representam a grande maioria (66,35%) da totalidade das consultas do DSEI;
 - Nas doenças infecciosas e parasitárias destaca-se a **Malária**, que representa quase 60% das patologias deste grupo. Quando se observa a quantidade de casos por faixa etária presente desde o nascimento, aumenta até a idade de 20 anos e mantém sua presença ao longo de todo o ciclo de vida.

(b) DSEI Alto Rio Solimões

Dados gerais

- População: 70.823
- Etnias: 27
- Aldeias: 236
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 16 Polo Base: 13
- Casa de Saúde Indígena: 1
- Área (em Km²): 79.438,48
- Municípios: São Paulo de Olivença, Tabatinga, Santo Antônio do Iça, Jutai, Benjamin Constant, Amaturá e Tonatins.

Principais achados:

Características étnicas:

- No território de abrangência do DSEI Alto Rio Solimões habitam 14 etnias, sendo as mais importantes os Ticuna, Kocama e Maku. No alto Solimões, os Ticuna são encontrados em todos os seis municípios da região e sua população está distribuída em mais de 20 Terras Indígenas.
- Analisadas 26.940 consultas, realizadas por 17.839 pessoas das 14 etnias que habitam neste território. A média de consultas per capita em todas as idades foi de 1,51. Destaca-se que as **consultas da população menor de 4 anos representam perto de 41% do total de consultas** e apresentam uma razão de 1,57 consultas per capita;
- **A maioria das consultas (67,51%) foram realizadas por 26 médicos;** secundariamente, os atendimentos (25,27%) foram realizados por enfermeiros;
- As **doenças infecciosas e parasitárias** apresentam a maior quantidade de diagnósticos (n=14.315) e representam 53,14% da totalidade das consultas;
- As **infecções respiratórias representam (33,62%)** - mais frequente são as infecções agudas das vias aéreas superiores decorrentes de surto de resfriado, perto de 380 casos de influenza, pneumonias bacterianas não identificadas e 358 casos de bronquites aguda e alguns casos de bronquiolite aguda;

- Em relação das infecções devidas a protozoários (3,58%), a maioria (90% ou n=427) é a Malária por Plasmodium vivax, e após a Malária por Plasmodium falciparum.

(c) DseI Vale do Javari**Dados Gerais:**

- População: 6.281
- Etnias: 7
- Aldeias: 60
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 8 Polo Base: 7
- Casa de Saúde Indígena: 1
- Área (em Km²): 85.445,00
- Municípios: Atalaia do Norte e Guajará

Principais achados:

Características étnicas:

- As principais etnias são Marubo, Matís, Mayoruna, Kanamari, Kulina e Tyohom Djapá e alguns grupos de Korubo. No território também vivem vários subgrupos isolados (sem contato com a sociedade nacional) de etnias já contatadas.
- Analisadas 1.241 consultas, realizadas por 1.045 pessoas das seis etnias que habitam neste território. A média de consultas per capita em todas as idades foi de 1,19. Destaca-se que as consultas da **população menor de 4 anos representam perto de 40% do total de consultas** e apresentam uma razão de 1,48 consultas per capita.
- Perto da metade das consultas (n= 686) foram realizadas por sete médicos que trabalhavam no DSEI.
- As **doenças infecciosas e parasitárias** apresentam a maior quantidade de diagnósticos (n=920) e representam a maioria (74,19%) da totalidade das consultas.
- Considerando as doenças infecciosas, o **problema fundamental está representado pela Malária (63,52%) e as infecções respiratórias (10,90%)** com Infecções agudas das vias aéreas superiores e nasofaringite aguda (resfriado comum). Como nos DSEI anteriores, as parasitoses intestinais, micoses, infecções da pele e do tecido subcutâneo, pediculose, acariase e outras infestações assim como a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa, expressam os problemas de saúde ambiental.

(d) DSEI Yanomami¹⁹

Dados Gerais:

População: 26.785 (13.402 no AM)

Etnias: 5 (4 subgrupo Yanomami + 1 Ye'Kuana) Aldeias: 366

Unidade Básica de Saúde Indígena: 78 Polo Base: 37

Casa de Saúde Indígena: 1

Área (em Km²): 96.650,00 (a maior parte está situada no Estado de Roraima e um segmento desta no norte do estado do Amazonas.)

Municípios no AM: Barcelos, São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro

Principais achados:

Características étnicas:

- Compõem-se de quatro subgrupos: Yanomae, Yanomami, Sanima e Ninam. Sociedade de caçadores agricultores da família linguística Yanomami cujo contato com a sociedade nacional é, na maior parte do seu território, relativamente recente. Habitam malocas multifamiliares ou aldeias compostas por casas retangulares.
- Analisadas 262 consultas, realizadas por 105 pessoas, onde a média de consultas per capita em todas as idades foi de 2,50. **As consultas da população menor de 1 ano representam perto de 6,11% do total de consultas**, com uma razão de 1,78 consultas per capita, mas entre os 1 a 4 anos estas consultas aumentam a 18,32% com 3 consultas per capita.
- **Cerca de 90% das consultas (n= 343) foram realizadas por 10 Técnicos de enfermagem**, o único enfermeiro fez 28 consultas (7,25%) e os três Agentes Indígenas de Saúde registraram 25 consultas (3,89%). **Não houve registro de consulta médica.**
- As **doenças infecciosas e parasitárias** apresentam a maior quantidade de diagnósticos (n=169) e representam a grande maioria (65,50%) da totalidade das consultas.
- Em segundo lugar observa-se o Capítulo "XVIII Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico" (n=47, 18,22%), **a maioria das consultas foram realizadas pelos técnicos de enfermagem como principais executores da atenção básica neste território.**
- Considerando o Capítulo das doenças infecciosas, **mais da metade foram as infecções respiratórias (54,49%)** com Infecções agudas das vias aéreas superiores e nasofaringite aguda (resfriado comum). Como nos outros DSEI, as parasitoses intestinais, micoses, Infecções da pele e do tecido subcutâneo, pediculose, acariase e outras infestações assim

como a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa, expressam os problemas de saúde ambiental. A conjuntivite é diagnosticada desde o nascimento até os 19 anos.

¹⁹ A sede do DSEI está situada no estado de Roraima e, conseqüentemente, a análise de saúde está limitada à população Yanomami residente nas aldeias Kata Kata e Waharu no Município de Barcelos do estado de Amazonas.

(e) DSEI Alto Rio Purus²⁰

Dados Gerais:

- População: 12.746 (2.921 no AM) Etnias: 26
- Aldeias: 151
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 6 Polo Base: 6
- Casa de Saúde Indígena: 1
- Área (em Km²): 134.379,19
- Municípios no AM: Boca do Acre e Pauini

Principais achados:

Características étnicas:

- Os principais grupos étnicos atendidos pelo DSEI no estado do AM são os Apurinã e Jamamadi.
- Os Apurinã, da família linguística Aruak, tiveram contato sistemático com não-índios no contexto da exploração da borracha: grupos inteiros foram mortos, alguns vendiam seus produtos, outros trabalhavam como seringueiros.
- Os Jamamadi são falantes da família linguística Arawá e vivem especialmente da caça e do cultivo de alguns gêneros como a mandioca. Quase desapareceram enquanto etnia durante os ciclos da borracha, mas se recuperaram cultural e demograficamente.
- Analisadas **400 consultas**, que foram realizadas por 376 pessoas. Dessas consultas, a média per capita em todas as idades foi de uma consulta. Na população menor de 1 ano, foi realizada apenas uma consulta. A maior frequência de consultas foi registrada na população de 10 a 19 anos (25,75%). Não foram realizadas consultas na população maior de 60 anos;
- **99,56% das consultas foram realizadas por quatro médicos;**

- As **doenças infecciosas e parasitárias** representam 41,20% da totalidade das consultas do DSEI no AM;
- Quando analisadas as doenças infecciosas, perto da **metade dos diagnósticos foram as parasitoses intestinais**. As infecções respiratórias (19,66%) foram infecções agudas das vias aéreas superiores e nasofaringite aguda (resfriado comum). Foram diagnosticados 22 casos de Febre reumática, 21 casos de hipertensão arterial essencial e quatro casos de Coréia reumática (doenças do aparelho circulatório);
- **Foram diagnosticados oito casos de Tuberculose**, e como nos outros DSEI, as micoses e Infecções da pele e do tecido subcutâneo expressam os problemas de saúde ambiental.

²⁰ A sede do DSEI está situada no estado de Acre, e consequentemente, a análise de saúde está limitada à população residente nas nove aldeias do Polo Base no Município Boca do Acre no estado de Amazonas.

(f) DSEI Médio Rio Purus

Dados Gerais:

- População: 8.117
- Etnias: 13
- Aldeias: 119
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 13 Polo Base: 10
- Casa de Saúde Indígena: 2
- Área (em Km²): 105.806,98
- Municípios: Lábrea, Canutama e Tapauá.

Principais achados:

Características étnicas:

- Os principais grupos étnicos: Apurinã, Paumari, Jamamadi, Jarawara, Deni, Banawa Yafi, Zuruahá, Katukina, Karipuna e Mamuri.
- Os grupos étnicos atendidos pelo DSEI possuem características diversas em termos linguísticos e tempo de contato. Grupos como Apurinã e Deni possuem intensa relação com a sociedade nacional, enquanto que os

Zuruahá são considerados povo de recente contato.

- Durante 2016, foram atendidas 5.419 pessoas que realizaram 20.811 consultas. Este DSEI apresenta a **mais elevada média de consultas per capita** em todas as idades, que foi de 3,84 consultas;
- Mais da metade das consultas (n=14.122; 53,45%) foram ministradas por 50 enfermeiras. As consultas médicas (10 profissionais) constituem aproximadamente uma quinta parte (n=4.864; 18,41%) mas os 80 Agentes Indígenas de saúde desenvolveram uma importante atividade com 20,44% (n=5.402) do total das consultas;
- As **doenças infecciosas e parasitárias** representam 41,20% da totalidade das consultas do DSEI no AM. Quando analisadas as doenças infecciosas, observa-se as **infecções respiratórias, parasitoses e infecções intestinais como maioria dos casos**, indicando, como em outros DSEI, problemas em relação à saúde ambiental;
- Em segundo lugar, observa-se o Capítulo XVIII “Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico” (n=4.101; 19,74%). Nos menores de 1 ano, as consultas são muito baixas, equivalentes a 0,11;
- As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo representam 12,50%. Os casos de dorsalgia são quase a metade dos problemas (n=1.189).

(g) DSEI Médio Rio Solimões e afluentes

Dados Gerais:

- População: 22.341
- Etnias: 25
- Aldeias: 186
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 30 Polo Base: 15
- Casa de Saúde Indígena: 2
- Área (em Km²): 297.616,37
- Municípios: Marañ, Tefé, Uarini, Japurá, Juruá, Jutaí, Eirunepé, Envira, Carauari, Itamarati, Ipixuna, Alvarães, Fonte Boa e Coari

Principais achados:

Características étnicas:

- Total de 23 etnias registradas. Principais grupos étnicos: Katukina, Tikuna, Kokama, Kanamari, Mayoruna, Miranha, Maku-Nadeb, Kulina, Deni, Kambeba, Tukano, Baré, Baniwa, Katawixi, Arara, Mura, Kaixana.
- Os grupos étnicos atendidos pelo DSEI possuem características diversas em termos linguísticos. Em seu longo histórico de contato, os grupos étnicos da região sofreram diversos estigmas, massacres e perdas demográficas, linguísticas e culturais.
- Foram analisadas 14.976 consultas, realizadas por 9.191 pessoas. A média de consultas per capita em todas as idades foi de 1,72. **A maior frequência de consultas foi registrada na população de 1 a 4 anos (21,46%);**
- **O maior número de consultas (n=13.973) foi realizado por 55 Enfermeira(o)s que representam 70,50% do total de consultas.** Outras 1.856 consultas foram realizadas por 15 médicos, que correspondem a 9,36% da metade das consultas (n=14.122; 53,45%);
- As **doenças infecciosas e parasitárias** representam 32,59% da totalidade das consultas do DSEI no AM. Quando analisadas as doenças infecciosas, **as parasitoses e infecções intestinais, infecções respiratórias, malária, infecções da pele, micoses, pediculose e acariase**, além de serem as mais frequentes, também estão presentes em todas as faixas etárias;
- Em segundo lugar, observa-se o Capítulo XVIII “Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico” (n=1.888, 12,61%).

(h) DSEI Manaus

Dados Gerais:

- População: 31.911
- Etnias: 49
- Aldeias: 252
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 18 Polo Base: 17
- Casa de Saúde Indígena: 1
- Área (em Km²): 303.092,01
- Municípios: Manaus, Iranduba, Novo Airão, Manacapuru, Beruri, Anamã, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Manaquiri, Autazes, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Nova Olinda do Norte, Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá, e Urucará

Principais achados:

Características étnicas:

- Existe no território do DSEI-Manaus trinta e seis grupos étnicos, sendo eles: Kokama, Tikuna, Kambeba, Apurinã, Mura, Jamamadi, Gavião, Munduruku, Torá, Parintintin, Tenharin, Diahoi, Mura-Pirahã, Sateré-Mawe, Tukano, Arara, Baré, Dessano, Makuxi, Mayoruna, Kanameri, Kulina, Marubo, Deni, Miranha, Kayapó, Kaxinawá, Karapana, Barasana, Tariano, Baniwa, Tuyuka, Hexkaryano, Maragua, Piratapua.
- Foram analisadas **15.849 consultas**, realizadas por 9.191 pessoas. A média de consultas per capita em todas as idades foi de 1,72. A maior frequência de consultas foi registrada na população de 1 a 4 anos (21,46%).
- **O maior número de consultas foi realizado por 39 enfermeiras (os) (n=10.429), que representam 51,90% do total** de consultas. Outras 7.783 consultas foram realizadas por 21 médicos, correspondendo a 38,73%.
- As **doenças infecciosas e parasitárias** representam 48,88% da totalidade das consultas do DSEI no AM. Quando analisadas as doenças infecciosas, **as parasitoses e infecções intestinais, infecções respiratórias, malária, infecções da pele, Micoses e Pediculose e acariase**, além de ser as mais frequentes, também estão presentes em todas as faixas etárias.
- Em segundo lugar, observa-se o Capítulo XVIII “Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico” (n=1.885, 16,45%).

(i) DSEI Porto Velho

Dados Gerais:

- População: 10.824
- Etnias: 55
- Aldeias: 193
- Unidade Básica de Saúde Indígena: 26 Polo Base: 5
- Casa de Saúde Indígena: 6
- Área (em Km²): 245.334,77
- Municípios no AM: Manicoré, Humaitá, e Novo Aripuanã

Principais achados:

Características étnicas:

- A população atendida pertence a 14 etnias: Apurinã, Diahoi, Juma, Miranha, Munduruku, Mura, Oro Não, Parintintin, Pirahã, Pirata, Tenharim, Tora, Uru-Eu-Wau-Wau, e Zoro.
- Destaca-se os pirahã, língua Mura, que habitam um trecho das terras cortadas pelo rio Marmelos e quase toda a extensão do rio Maici, no município de Humaitá.
- Foram analisadas 2.874 consultas de 994 pessoas; com a média de consultas per capita em todas as idades foi de 2,89 e nas crianças menores de um ano de 3,22;
- **A maioria destas consultas (78,62%) foram realizadas por 12 médicos,** as com
- sultas de enfermeira(o) e técnicos de enfermagem foram aproximadamente de 19%;
- A principal ocorrência foram as consultas por sintomas e sinais sem diagnóstico etiológico (n=814, 35,87%);
- As **doenças infecciosas e parasitárias** representam 22,87% da totalidade das consultas do DSEI no AM. Quando analisadas as doenças infecciosas, **as parasitoses e infecções intestinais, infecções respiratórias, malária, infecções da pele, micoses, pediculose e acariase**, além de ser as mais frequentes, também estão presentes em todas as faixas etárias;
- Foi realizado um diagnóstico de Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica;
- Foram diagnosticados 17 casos de difteria.

5.9 Perfil de Morbidade indígena no território estadual

Desde a perspectiva da geografia médica, podemos considerar a dimensão da morbididade de cada DSEI como uma amostra territorial do estado, com especificidade da atenção à saúde da população indígena, devido à correlação entre DSEI e Terras Indígenas.

A prevalência das diversas patologias agrupadas por categorias comparáveis (Capítulos CID-10), assim como a comparação de cada diagnóstico realizado por equipes de saúde com a participação de profissionais médicos, permite fazer uma análise da estrutura da morbididade baseada nos principais capítulos de doenças, selecionados com um mínimo aproximado de 80% das patologias agrupadas. Isso pode ser observado na tabela seguinte:

Tabela 4. Distribuição de doenças por frequência (%) e por capítulos CID-10, nos DSEI, 2016.

Capítulos CID-10									
I – Doenças infecciosas e parasitárias									
XVIII – Consulta por sintomas, sinais sem diagnóstico etiológico									
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo									
XI – Doenças digestivas									

XII – Outras doenças da pele e do tecido subcutâneo									
XIX – Lesões, envenenamentos									
IX – Doenças do aparelho circulatório									
XX – Causas externas									
Porcentagem sobre o total de casos de morbidade									

Nesta tabela, foram inseridos dois Capítulos CID (IX e XX), ainda que, em cada DSEI, não estejam dentro das cinco primeiras doenças mais prevalentes. Além das razões clínicas, elas têm uma importância fundamental em saúde pública:

- O Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório: **é identificada a hipertensão arterial essencial, em todos os DSEI**, mas somente no DSEI Alto Rio Purus foram diagnosticados casos de febre reumática sem menção de comprometimento do coração, e casos de Coréia reumática. Ambas as patologias requerem monitoramento continuado, mas tendo em conta o contexto da alta prevalência das doenças infecciosas, deve-se propor uma procura ativa da febre reumática e suas consequências cardíacas.
- No capítulo XX, estão identificados os casos de violência contra os outros e contra si mesmo. Se aconteceram consultas médicas, é altamente provável que as agressões tiveram certos níveis de gravidade que

demandam cuidados específicos. Ainda que os casos não tenham registros significativos, estes devem ser considerados como agressões não letais, que constituem um indicador de alerta sobre sua evolução, que pode alcançar níveis epidêmicos de homicídios e suicídios. Nesta última situação, deve-se lembrar que o DSEI Alto Rio Solimões era o único que apresentava um perfil endêmico do suicídio; posteriormente, apareceram pela primeira vez surtos no DSEI Vale do Javari e na região Centro Oeste, no DSEI Araguaia, assim como alguns casos nos Zuruaha. Este fenômeno, uma vez presente, especialmente na população jovem, é difícil e de alto custo controlar sua magnitude e sua reprodução social. Finalmente, a incidência de homicídios e suicídios produzidos por conflitos no interior das etnias pode ser considerada como um indicador da decomposição de sua trama social.

Os gráficos das distribuições das principais doenças identificadas nos territórios distritais foram separados em duas partes. Na primeira, são apresentadas as três primeiras doenças mais frequentes, que apresentam uma alta concentração de diagnósticos e, conseqüentemente, as maiores porcentagens. No segundo gráfico, as outras doenças são apresentadas em uma escala percentual que permite discriminar melhor os valores menores (entre 0 e 13%).

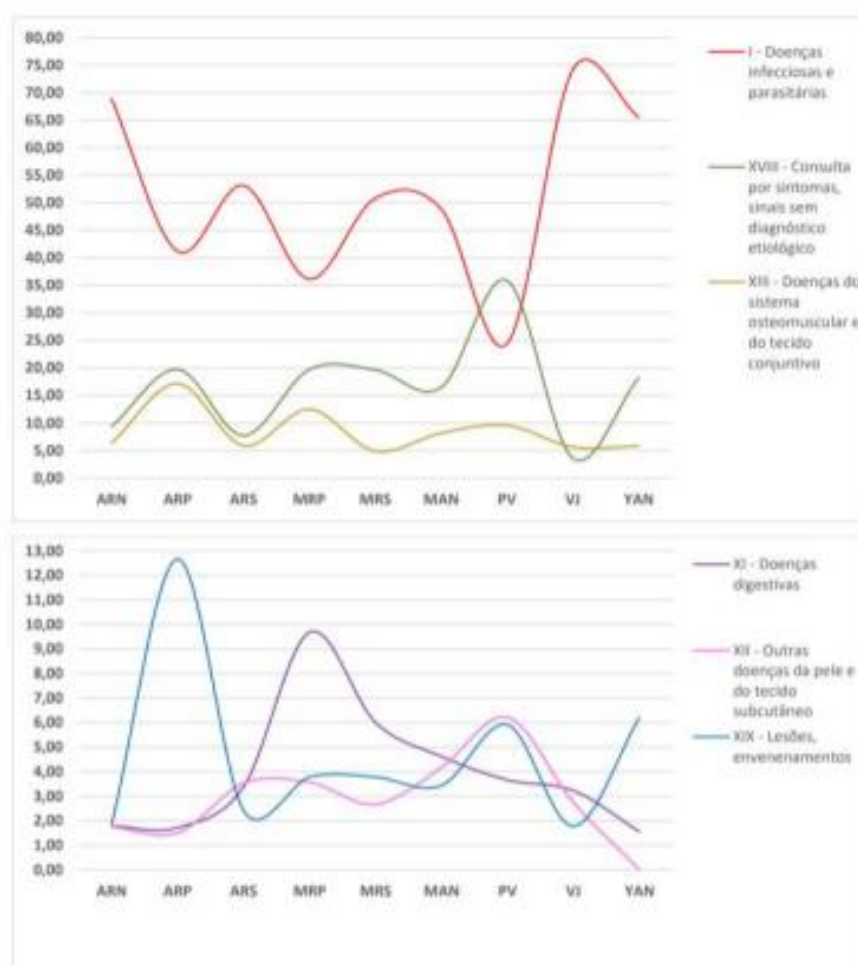


Gráfico 8. Distribuição por frequência de doenças (%) por capítulos CID-10 por DSEI, 2016.

Como foi analisado anteriormente, os três capítulos de maior frequência foram observados em todo o território estadual. Observa-se no território amazonense do **DSEI Porto Velho** uma correlação inversa entre os diagnósticos de doenças infecciosas e a categoria de diagnósticos sintomatológicos. Poderia inferir-se como hipótese que existe um **sub diagnóstico das doenças infecciosas**, considerando que 90% dos diagnósticos apresentam este tipo de correlação.

Como foi mencionado anteriormente, as **doenças osteomusculares** são um grupo das patologias mais prevalentes em todo o Estado. Essas patologias apresentam duas condições: aquelas de modalidade aguda correspondentes a traumas e ferimentos essencialmente derivados de suas atividades laborais, assim como aquelas que apresentam problemas que tendem à cronicidade, tais como artrites, artroses, osteopatias etc, que requerem esforços importantes para o sistema de

saúde. Isto refere-se especialmente às **intervenções de reabilitação que são praticamente nulas na atenção nacional de saúde indígena.**

As doenças digestivas estão associadas principalmente aos transtornos funcionais, gástricos e hepáticos, que são muito variáveis no território e possivelmente associados a práticas alimentícias.

Deve sublinhar-se que não foram registrados problemas nutricionais dentro das prevalências mais significativas, mas como foi mencionado anteriormente, **a alta frequência de doenças infecciosas deve ser considerada como uma expressão associada aos problemas da qualidade alimentícia.** A identificação de crianças em risco nutricional é realizada no programa de vigilância nutricional, que está centrado nos parâmetros de monitoramento quantitativo de ingestão de calorias, mediante o acompanhamento de peso e altura, mas não se analisa a composição da dieta que determina a qualidade alimentar.

De todas formas, no caso das economias indígenas (caçadores/pescadores/coletores), a nutrição depende essencialmente da qualidade e do equilíbrio ambiental, que permite a continuidade da disponibilidade de proteínas e de outros nutrientes provisionados pela fauna e pela flora local. Neste sentido, a manutenção das espécies animais depende da intensidade das atividades predatórias como desmatamento, queimadas, contaminação de fontes hídricas por metais pesados (especialmente mercúrio) e fumigação com substâncias agrotóxicas.

De outra parte, a população percebe que a disponibilidade de peixe tem diminuído ao longo dos anos, atribuindo-se este problema ao aumento dos pescadores não indígenas das cidades que realizam pesca comercial por arrastão (Ver Anexo 11 p. 15 -16).

Em relação às doenças infecciosas, foram selecionadas as oito principais categorias que representam entre 76 a 100% dos diagnósticos deste Capítulo. Podem ser observados dois tipos de patologias: as infecções respiratórias e as restantes que estão relacionadas ao saneamento ambiental inadequado.

Tabela 5. Distribuição de doenças infecciosas por frequência (%) e por capítulos CID-10, nos DSEI, 2016.

Categorias de doenças infecciosas									
Infecções devidas a protozoários (B50 - B64)									
Helmintíases (B65 - B83)									

Infecções do aparelho respiratório									
Doenças infecciosas intestinais (A00 - A09)									
Micoses (B35 - B49)									
Pediculose, acariase e outras infestações (B85 - B89)									
Infecções da pele e do tecido subcutâneo									
Infecções do olho e anexos (H00-H59)									

Porcentagem Total									
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uma característica dos diagnósticos das doenças infecciosas é sua grande variabilidade dos registros quando são comparadas estas patologias entre os DSEI, por exemplo: os casos de malária estão mais presentes nos DSEI Yanomami, DSEI Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões e Vale do Rio Javari. Salvo o DSEI Yanomami, em todos os outros, a maioria dos diagnósticos foram realizados por profissionais médicos e enfermeiros/enfermeiras. Da informação disponível desde 2016, foi observado um aumento dos casos em 2019 (Anexo 11, p. 16) concentrados em 16 municípios do estado do Amazonas (39% de todos os casos).

Estes municípios coincidem, na sua maioria, com os territórios indígenas. **Pode-se inferir que houve um importante déficit de diagnósticos ou sub-registros de casos de malária nos DSEI do estado de Amazonas.**

Desde 2019, a estratificação de IPA de malária contempla quatro categorias: municípios em muito baixo risco (IPA < 1 caso/1.000 habitantes), baixo risco (IPA entre 1 e 10 casos/1.000 hab.), médio risco (IPA entre 10 e 50 casos/1.000 hab.) e alto risco (IPA ≥ 50 casos/1.000 hab.).

As **infecções respiratórias** apresentam uma grande variabilidade nos diagnósticos realizados nos DSEI. Como foi mencionado anteriormente, a maioria são infecções sazonais, como a gripe, assim como nas vias aéreas superiores. Sem dúvida, existem casos graves, mas deve-se lembrar que as doenças respiratórias foram historicamente, a nível mundial, a principal causa de mortalidade, seguidas das doenças de veiculação hídrica. As outras patologias são aquelas classificadas como doenças de transmissão feco-oral. (Para maiores informações sobre a distribuição por frequência de doenças

infecciosas (%) por capítulos CID 10 por DSEI, e porcentagem de diagnósticos segundo profissionais de saúde em 2016, ver Anexo 10, p. 66, gráfico 45)

Diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos: aprimoramentos e recomendações

Lista de Siglas

AB: Atenção Básica
ACS: Agente Comunitário de Saúde
ART: Tratamento Restaurador Atraumático
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
APS: Atenção Primária à Saúde
ATF: Aplicação Tópica de Flúor
BSI: Programa Brasil Sorridente Indígena
CASAÍ: Casa de Saúde do Índio
CD: Cirurgião Dentista
CEO: Centro de Especialidade Odontológica
DASI: Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DF: Distrito Federal
DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena
EDS: Escovação Dental Supervisionada
EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESFR: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESFF: Equipe de Saúde da Família Fluvial
FUNAI: Fundação Nacional do Índio
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
FVS: Fundação de Vigilância em Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica à Saúde
SASISUS; Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SUS: Sistema Único de Saúde
TSB: Técnico em Saúde Bucal
UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluvial

Lista de Anexos

- Anexo 1: Roteiro de perguntas - Saúde Bucal Ribeirinha
- Anexo 2: Encontro consulta Agentes Comunitário de saúde
- Anexo 3: Estudo de Campo RDS Rio Negro
- Anexo 4: Encontro consulta gestores municipais de saúde
- Anexo 5: Metodologia e resultados dos questionários aplicados aos gestores locais de saúde
- Anexo 6: Questionário *Linkert* Saúde Indígena
- Anexo 7: Questionário - Gestores Municipais
- Anexo 8: Saúde Bucal Indígena no Amazonas
- Anexo 9: Roteiro entrevista lideranças indígenas

Sumário

1. Apresentação -----	213
2. Introdução -----	214
3. Saúde Bucal da população ribeirinha -----	217
1fob9te	
4. Análise do Sistema de Saúde Ribeirinha (1): resultado e discussão das entrevistas coletivas -----	226
5. Análise do Sistema de Saúde Ribeirinha (2): resultado e análise de inquérito -----	238
2et92p0	
6. Análise dos serviços em Saúde Bucal à população indígena no Amazonas -----	251
tyjcw7	
7. Análise do Sistema de Saúde Indígena (1): resultado e discussão dos questionários -----	262
3dy6vkm	
8. Análise do Sistema de Saúde Indígena (2): resultado e análise das entrevistas coletivas -----	275
1t3h5sf	
9. Considerações sobre políticas de saúde na Amazônia e participação da sociedade civil -----	279
4d34og8	
10. Quadro síntese de necessidades e recomendações -----	284
2s8eyo1	
11. Referências -----	289

1. Apresentação

Com objetivo de qualificar a análise do sistema de saúde para a população ribeirinha no estado do Amazonas, essa fase do estudo consistiu em apresentar diagnóstico do status das rede de saúde bucal para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica; realizar inquérito sobre sistema de saúde indígena e ribeirinho junto aos gestores locais de municípios e DSEI no Amazonas; e realizar entrevistas coletivas com Agentes Comunitários de Saúde, associações indígenas e gestores municipais de saúde.

A partir das consultas e entrevistas, foram elaboradas análises à luz do diagnóstico realizado ao longo dessa consultoria (Produtos 2 e 3) e avançar no esboço de recomendações visando o aprimoramento dos sistemas de saúde ribeirinho e indígena.

2. Introdução

Como vimos no estudo que antecede a este relatório, a interiorização de serviços públicos na Amazônia constitui um desafio para diferentes governos. Essa dificuldade geralmente se justifica pelas grandes distâncias geográficas, características da região, e pelo inexequível deslocamento rodoviário frente à hidrografia regional. No caso das políticas de saúde, a situação não é diferente. Há uma notável insuficiência na provisão de ações e serviços de saúde, seja na atenção primária, seja na atenção especializada. Assim, por consequência da baixa interiorização de políticas públicas nas regiões rurais da Amazônia, a região norte possui baixos índices de desenvolvimento humano.

O direito à saúde é um direito fundamental social estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o que significa ser pressuposto para que o indivíduo consiga persistir por demais direitos. Por isso, os serviços de saúde devem ser ofertados de forma integral e coordenada pelas três esferas federativas. Entretanto, apesar do oferecimento gratuito da saúde e dos avanços na implementação do SUS em território nacional, o que

se verifica é a dificuldade de universalização do acesso, em especial, em comunidades remotas.

Por meio desta consultoria no âmbito do projeto SUS na Floresta, promovido pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), traçamos um panorama amplo, embora resumido, dos principais problemas de saúde da população ribeirinha e indígena no Amazonas. Expomos um quadro do perfil epidemiológico para esses grupos populacionais, bem como realizamos uma análise da oferta e do desempenho da rede de atenção à saúde disponível para as áreas rurais e indígenas do estado.

E agora, cabe a pergunta: quais as particularidades do fazer saúde neste território? Certamente, as respostas são entrelaçadas por múltiplos fatores que vão desde as características culturais e os modos de vida de suas populações a fatores ambientais e econômicos.

Para esse trabalho, a Amazônia não foi tratada e pensada apenas como um espaço natural, marcada pelas suas densas florestas, mas também e essencialmente como um *território*; ou seja, como um espaço natural, mas também político e social. Além disso, consideramos o território amazônico também constituído por múltiplas formas de *territorialidade* que representam, por sua vez, a relação coletiva, social e subjetiva das diversas sociedades amazônicas com esse território. A Amazônia é, portanto, um contexto e não um conceito. Possui variáveis próprias cujos pesos se alternam, a depender do impacto das novidades e das heranças. O território amazônico é uma unidade, mas também diversidade.

Durante o estudo realizado, constatamos que importantes determinantes de saúde estão relacionados a um estilo de vida que depende da floresta e de seus recursos. De modo semelhante, os fatores de risco para certas doenças são decorrentes de problemas que afetam o meio ambiente, como é o caso da contaminação de mercúrio na água dos rios e em peixes, que pode estar relacionada a danos neurológicos em ribeirinhos; da sazonalidade

dos rios e as enchentes que repercutem no aumento da incidência de doenças infecciosas, como malária, dengue e parasitoses. As atividades laborais dos ribeirinhos e indígenas, que se diferenciam substancialmente dos cidadãos, deixa-os mais expostos a traumas osteomusculares e acidentes ofídicos, dentre outras, além desencadearem fatores de risco para doenças oculares, como é o caso do pterígio e de sua relação com a exposição solar.

Apesar da diminuição das doenças transmissíveis ao longo da história recente, em especial, das doenças infecciosas causadas por protozoários, como malária, leishmaniose e chagas, há ainda preponderância dessas doenças em certas localidades. Na população indígena, as doenças infecciosas são a principal causa de mortalidade e morbidade, em especial, as doenças respiratórias atingem sobremaneira as crianças indígenas menores de cinco anos desencadeando em altas taxas de mortalidade infantil.

No caso das doenças transmissíveis imunopreviníveis, o papel da imunização por vacinas é fundamental e a manutenção de altas taxas de vacinação no estado é imprescindível para que muitas doenças não ressurgam. Cabe ressaltar que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19 e que é extremamente necessária para ribeirinhos e indígenas, uma vez que estão localizados em áreas que não permitem fácil acesso a serviços de saúde.

Além dos determinantes sociais e ambientais de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública tem sido observada como uma importante barreira para melhorias sanitárias e epidemiológicas. Com propósito de buscar soluções para problemas amazônicos, o governo federal tem promovido políticas e estratégias específicas, como é o caso, para populações ribeirinhas, de incentivos diferenciados para a implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e do investimento e incentivo para custeio de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). Já no caso da população indígena, contamos, há 20 anos, com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que é executada diretamente pela esfera federal por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e que tem como objetivo não somente facilitar o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, como

também inserir as especificidades sócio-culturais na execução no planejamento e execução dos serviços de saúde.

3. Saúde Bucal da população ribeirinha

A seguir, apresentaremos os resultados de um breve estudo focado na rede assistencial de saúde aos ribeirinhos abordando os temas: cobertura da assistência no Amazonas, características da saúde bucal no contexto amazônico, odontologia e o cenário pandêmico e, por fim, esboçamos algumas considerações e sugestões de melhorias para a rede de saúde bucal.

3.1. Cobertura de saúde bucal no Amazonas

Levando em consideração esse cenário, a cobertura e o acesso aos serviços odontológicos são imprescindíveis para a realização dos tratamentos em alta demanda de uma população. Entretanto, dados da Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB) mostram que no Amazonas, 17 municípios apresentam, aproximadamente, 60% da população (ou menos) coberta por Equipes de Saúde Bucal (ESB). Isto contribui consideravelmente para o aumento de agravos devido à ausência de assistência. Dentre esses municípios, destacam-se Atalaia do Norte, Barcelos, Beruri, Ipixuna, Manaquiri, Maués, Santa Isabel do Rio Negro e São Paulo de Olivença que, além de apresentarem baixa cobertura por ESB, possuem mais de 50% da população em zona rural/ribeirinha (IBGE, 2020). Dados representados geograficamente e por região podem ser visualizados nas Figura 1 e Tabela 1, respectivamente.

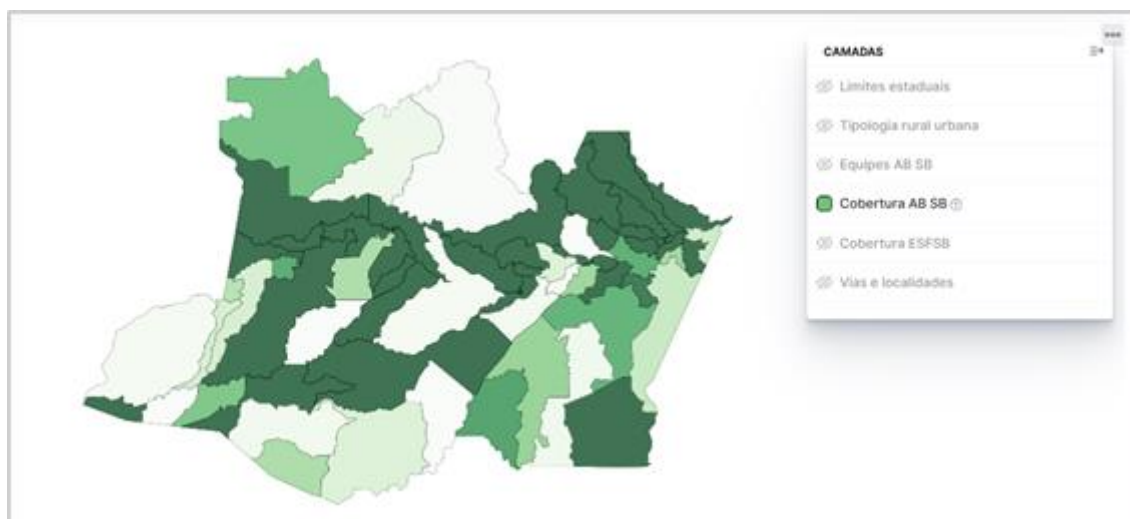


Figura 1: Representação geográfica da cobertura de saúde bucal no Amazonas. Tons mais escuros demonstram os municípios com maior proporção de ESB por habitantes. Fonte: Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde (<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>).

Tabela 1: Percentual de cobertura total das ESB (AB SB) e das equipes de saúde bucal vinculadas à estratégia saúde da família (ESFSB), organizado pelas regiões de saúde do Estado do Amazonas. Fonte: Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde (<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>).

Região de saúde	Mês/ano	Municípios	População	Cobertura ESFSB	Cobertura AB SB
Alto Solimões - AM	nov/2020	9	251.867	69,79	74,55
Baixo Amazonas - AM	nov/2020	5	250.599	70,40	71,59
Manaus, Entorno e Alto Rio Negro - AM	nov/2020	12	2.576.049	25,76	28,15
Médio Amazonas - AM	nov/2020	6	172.997	83,30	91,10
Regional Juruá - AM	nov/2020	6	137.818	72,38	72,38
Regional Purus - AM	nov/2020	5	132.588	64,98	64,98
Rio Madeira - AM	nov/2020	5	199.609	80,14	80,14
Rio Negro e Solimões - AM	nov/2020	8	297.949	65,80	69,56
Triângulo - AM	nov/2020	6	125.121	93,18	95,58

Mesmo com algumas regiões apresentando bons índices de cobertura, é importante ressaltar que isso não significa acesso dos usuários aos serviços odontológicos. A dificuldade do deslocamento dos ribeirinhos às unidades de atendimento - que geralmente estão localizadas na sede municipal- e das

equipes de saúde às comunidades, afetam o desempenho das ações de saúde bucal aos ribeirinhos.

3.2. Saúde bucal no contexto amazônico

Para verificar a situação da cobertura e acesso à saúde bucal da população ribeirinha, elaboramos um roteiro de perguntas (Anexo 1) e o encaminhamos, por meio de aplicativo de mensagens, para cirurgiãs e cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Básica. As respostas foram encaminhadas por meio de áudio ou mensagem escrita, por profissionais dos seguintes municípios: Itacoatiara, Careiro da Várzea, Nhamundá, Anori e Nova Olinda do Norte.

Um dos problemas identificados, foi em relação à dificuldade de contratação de corpo técnico para áreas distantes da sede do município. Isto se dá por alguns motivos: desvalorização salarial frente aos dentistas lotados na cidade, instalações desfavoráveis e dificuldade de comunicação. Consequentemente, as comunidades ficam descobertas e a ausência de atenção periódica favorece o aumento de agravos.

“É muito difícil encontrar quem aceite ficar lá (comunidades afastadas da sede do município). Os dentistas ficam na sede e, pra população não ficar completamente desassistida, organizamos mutirões. Às vezes vão dois barcos e mais um consultório portátil. E assim... Muitas cirurgias são feitas”.

A maioria dos profissionais contratados na Equipe de Saúde da Família Ribeirinha concentra suas atividades na sede do município ou nas áreas adjacentes. Quando visitam as comunidades, geralmente promovem "mutirões" de consultas, pois a frequência de visitas é bem baixa. A ação em mutirões promove, em sua grande maioria, a realização de um alto número de exodontias (cirurgias odontológicas de remoção dentária). O alto número de exodontias é um indicador desfavorável se considerarmos qualidade e acesso

à saúde bucal, pois é um reflexo da ausência de ações permanentes e contínuas nas comunidades.

Os cirurgiões-dentistas, no contexto amazônico ribeirinho, são lotados em Equipes de Saúde Bucal (ESB) composta por dentista e técnico de saúde bucal, podendo também ser integrada por um auxiliar. As ESBs são integradas às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, por vezes, estão localizadas em comunidades cujo acesso é fluvial. Pela grande dispersão territorial, faz-se necessária a utilização de embarcações de apoio para atender as comunidades.

Quanto ao custeio das ações de saúde bucal, ele é considerado insuficiente. Cada ESFR recebe um incentivo federal no valor de R \$10.695,00 por equipe/mês, acrescido dos valores mensais correspondentes à ampliação da equipe e à logística (embarcações e unidades de apoio). O valor de acréscimo referente à implantação da ESB pode variar de R\$5.017,50 a R\$6.705,00 (Brasil, 2014). Cabe então a cada município complementar o valor recebido pelo governo federal. Não há co-financiamento por parte do governo do estado. Deste modo, a média de salário de um dentista, por exemplo, varia entre R\$3.000,00 a R\$4.000,00, sendo o mesmo valor para aqueles que atuam na cidade ou na zona rural. A falta de incentivo financeiro para a atuação nas comunidades ribeirinhas, o que demanda do profissional um arranjo logístico pessoal diferenciado, devido à permanência por dias fora de sua residência, faz com que muitos não queiram exercer as atividades nesses territórios.

Quando indagados sobre a diferença entre a população urbana e a população ribeirinha, o edentulismo (perda dentária) foi a característica mais citada. Os dentistas relataram que, por conta da distância das comunidades à sede do município (em alguns casos, mencionaram que o tempo de viagem por rio chega a ser de 8 horas), acrescida pelos altos gastos de deslocamento, pode ter forte relação com a perda dentária, já que quando as equipes não estão nas comunidades, os próprios ribeirinhos devem ir até eles na cidade ou na UBS de referência que nem sempre está próxima da comunidade.

No que diz respeito aos entraves encontrados no processo de trabalho, a gestão ineficaz das ações de saúde foi um dos pontos apresentados:

“Questões básicas de erro de logística são encontradas no dia a dia. Por exemplo, o local onde as unidades de saúde ficam instaladas, falta de mapeamento da população e até mesmo estruturas instaladas em regiões sem rede de energia elétrica efetiva”.

Outro entrave abordado foi a ausência de trabalho feito de maneira periódica e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que contribui, também, para a alta prevalência de exodontias, procedimento relatado como o mais realizado e que resulta em um aumento da necessidade do uso de próteses dentárias (competência da atenção secundária).

O entrave da periodicidade das visitas é explicado pela logística das visitas. A depender da quantidade de comunidades incluídas na zona adscrita (área que uma equipe é responsável), as visitas às comunidades têm intervalos, em média, de 30-60 dias. Em períodos de seca do rio, esse intervalo pode aumentar para intervalos médios de 90 dias.

Sobre os CEO, vale ressaltar que no Amazonas, apenas nove municípios (Boca do Acre, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins e São Gabriel da Cachoeira), dos 62 existentes, possuem serviços de atenção secundária odontológica. Dessa forma, esses funcionam como polos de saúde bucal especializada para os municípios adjacentes. Entretanto, devido à alta demanda, o que resulta em um grande período de espera para consulta; a distância entre pólos e comunidades ribeirinhas, além do custo de deslocamento (em média, R\$60-80 por trecho, até o polo/sede do município, geralmente custeados pelos próprios ribeirinhos), são alguns dos motivos encontrados para explicar a baixa adesão a essa modalidade de atenção à saúde.

Os profissionais ainda se queixam da falta de planejamento estratégico nas ações, projetos e programas voltados aos ribeirinhos:

“É complicado pois nem sempre é feito um estudo, levantamento ou algo do tipo para planejar as ações que devem ser realizadas, verificar se elas são efetivas de fato. Não existe um estudo prévio do perfil da comunidade etc”.

Há também uma baixa quantidade de publicações, quando comparada a outras regiões do Brasil, de estudos sobre perfis de saúde bucal das populações ribeirinhas. Os profissionais atribuem essa escassez de produção à dificuldade logística da região, que, por sua vez, demanda uma atenção especial a esse tipo de análise. Os próprios gestores possuem dificuldade na condução de levantamentos e análises de suas políticas, devido a falta de preparo e conhecimento técnico de tópicos de saúde coletiva, epidemiologia e metodologia de pesquisa.

O último inquérito nacional de saúde bucal (SB Brasil), realizado em 2010, aponta que na região norte, além de apresentar, nas faixas etárias de 5, 12 e 65 a 74, os maiores índices de cárie, sua prevalência nos municípios do interior é significativamente alta (Brasil, 2011). Evidencia-se aqui que o Amazonas apresenta, de acordo com dados do IBGE, 22 municípios com, no mínimo, 50% da sua população em zona rural/ribeirinha (Figura 2).

Nesse inquérito, além da capital Manaus, apenas os municípios Barreirinha, Ipixuna, Iranduba, Parintins e Tefé fizeram parte da população de estudo. Desses, Barreirinha e Ipixuna são os únicos que representam um município com alta parcela população em zona rural/ribeirinha. Deste modo, infere-se que devido ao maior nível de desigualdade social, dificuldade de acesso e baixo nível de escolaridade, os dados acerca da prevalência e sequelas das doenças bucais podem ser maiores, porém, desconhecidos.

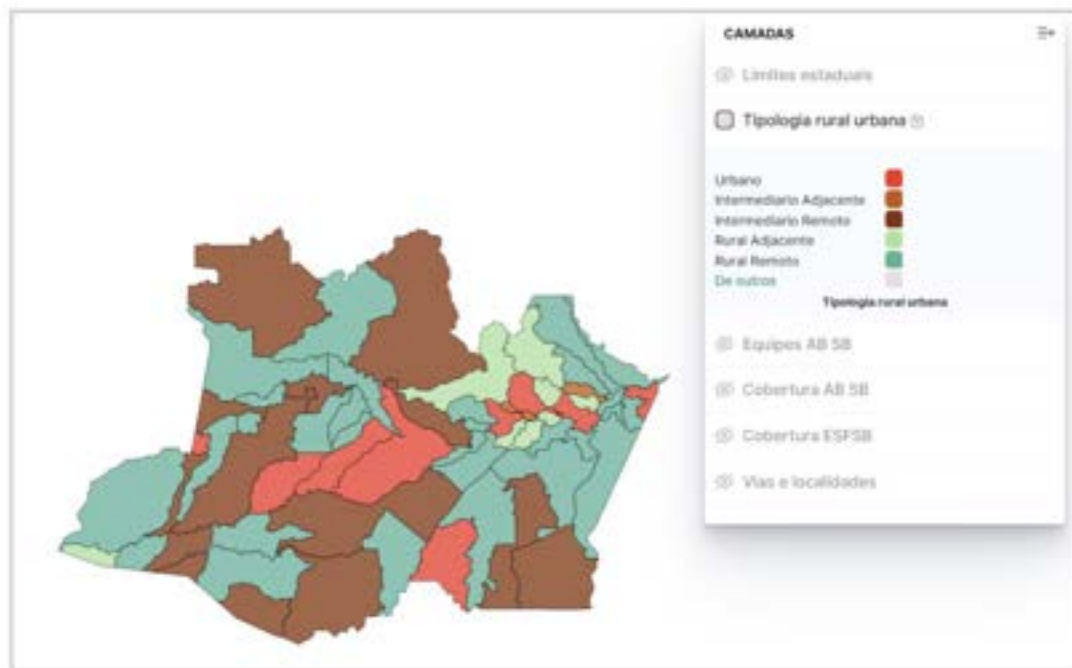


Figura 2. Representação geográfica da caracterização rural no Amazonas.
Fonte: Painéis de Indicadores Atenção Primária à Saúde (<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-bucal>).

3.3. Odontologia e o cenário pandêmico

O Brasil emergiu como um novo epicentro pandêmico de Covid-19 com um número crescente de casos. Essa condição, ao longo do seu desenvolvimento, gerou um impacto significativo nos serviços odontológicos prestados aos usuários, sendo um dos principais impactos o aumento das desigualdades devido às diferenças de cobertura entre os serviços públicos e privados (Moraes et al., 2020).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou notas técnicas que têm sido atualizadas com o decorrer da pandemia. Nessas notas ficaram estabelecidas regras para a assistência odontológica que, devido ao modo de trabalho e alto risco de contágio/disseminação (principalmente por aerossóis) do novo coronavírus, teve seus números de procedimentos ambulatoriais reduzidos. O tratamento odontológico eletivo foi suspenso ou

postergado em diversos países, como Brasil, Argentina e Chile. Em outros países, protocolos de atendimentos foram elaborados na tentativa de diminuir o risco de contaminação da equipe odontológica e dos pacientes (Carrer et al., 2020).

Dados coletados durante a pandemia indicam que a interrupção repentina e contínua do atendimento odontológico pode aumentar a demanda já sobrecarregada e sobrecarregar os serviços odontológicos no futuro, com uma atenção especial ao Sistema Único de Saúde (SUS). A redução da assistência poderá, de certa forma, agravar as condições de saúde bucal, prejudicando a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e aumentar as disparidades já presentes na sociedade. Considerando o primeiro caso de Covi-19, computa-se uma redução de 66% dos tratamentos realizados (Chisini et al., 2021).

3.4. Considerações saúde bucal ribeirinha

O período pandêmico atual favoreceu, consideravelmente, uma diminuição da oferta de serviços de saúde bucal. Logo, sugere-se que um preparo para o aumento da demanda de tratamento deva ser realizado, principalmente em regiões com a logística de oferta de serviços dificultada, como as ribeirinhas.

Os entraves do funcionamento do serviço nessas regiões são vários e, para o auxílio da síntese de ideias, uma série de recomendações são descritas a seguir:

1. Auxílio no aumento da oferta de serviços de modo contínuo, tanto no âmbito ambulatorial quanto em relação à educação em saúde, com mais profissionais atuantes;
2. Capacitação de corpo técnico de nível médio, preferencialmente os profissionais que vivem nas comunidades, para realização de educação em saúde de forma permanente, com foco na prevenção e identificação prévia de condições patológicas;

3. Oferta de serviços de atenção secundária/especializada na forma de disponibilização de profissionais ou auxílio de deslocamento para polos/sedes;
4. Incentivo à realização de estudos epidemiológicos que busquem traçar perfis de saúde em nível local, com o intuito de proporcionar ações direcionadas às reais necessidades da população;
5. Promoção de capacitação aos gestores locais acerca da organização e aplicação de políticas públicas; e
6. Incentivo à implantação de políticas públicas determinantes de saúde, tais como condições básicas de saneamento.

4. Análise do Sistema de Saúde Ribeirinha (1): resultado e discussão das entrevistas coletivas

4.1. Encontro com Agentes Comunitários de Saúde de Municípios no Amazonas

No dia 16 de março, foi realizada uma teleconferência junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) de municípios de atuação da FAS. O objetivo do encontro foi realizar uma consulta sobre a percepção deles em relação à situação de saúde em sua comunidade, em especial sobre questões relativas à morbimortalidade e à rede de serviços ofertados. Para detalhes sobre participantes, roteiro orientador e respostas individualizadas, ver Anexo 2.

A metodologia utilizada foi de entrevista semi-estruturada que teve como base o questionário utilizado na ocasião da visita à RDS Rio Negro, em novembro de 2020, quando participamos de capacitação promovida aos ACS, bem como entrevistamos os profissionais que atuam na Reserva (Anexo 3).

De acordo com os ACS, dentre a percepção sobre as doenças, sintomas e agravos que mais impactam a comunidade, estão: viroses, coceiras, hipertensão, diabetes, diarreia, gripe, malária e acidentes ofídicos. Ressalta-se que o acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos é uma atividade designada aos ACS da localidade, por isso, estão mais em contato com essa doença crônica.

No caso da malária, eles atribuem o período de infecções à sazonalidade do rio, ou seja, nas cheias. Há ainda, localidades que há anos não registram casos de malária. Ainda sobre os períodos sazonais, o que denominam como viroses, a diarreia e às coceiras nas crianças (provavelmente uma dermatite, pela descrição) também estão relacionadas às subidas dos rios e às enchentes o que nos leva a reafirmar sobre a importância de um planejamento em saúde que leve em consideração os períodos críticos de cheia dos rios e chuvas.

"As principais doenças na comunidade são as viroses que vem com dor de cabeça, diarreia e febre, mas a gente sabe que é por causa da enchente, da água que vai e vem. (...) Outro

problema são as coceiras que dão nas crianças, não sei se é devido à água, creio que sim." (Sra. Erotildes, ACS da Comunidade Betel, RDS Piranha)

Sobre os acidentes com animais peçonhentos, é muito importante que o município mais próximo tenha soro antiofídico disponível e, para isso, faz-se necessário que os casos sejam notificados pelo município. Além disso, é recomendável que se ofereça, com periodicidade, curso sobre acidentes com animais peçonhentos aos ACS e AIS que inclui módulos de prevenção e de primeiros socorros em caso de acidente ofídico. Também é preciso garantir que cada comunidade tenha disponível lancha para remoção de emergência para levar a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo para que possa receber o tratamento adequado em tempo.

Quanto à mortalidade, a covid-19 destaca-se dentre outras causas, embora em algumas comunidades não tenha registrado óbitos. Além disso, mencionaram mortes causadas por AVC, traumas relacionados às atividades laborais e a acidentes ofídicos, o que reforça a necessidade de transporte adequado em caso de emergências.

Relataram também que conseguem trabalhar bem nas atividades de prevenção, mas possuem dificuldades quanto à assistência. A maior queixa é em relação à falta de medicamentos, seguida por problemas de transporte e insumos, especialmente materiais para curativos. Observou-se nas falas que os ACS não dispõem de uma pequena farmácia local e que não possuem uma UBS estruturada como referência.

Muitos dos ACS destacaram os serviços de telessaúde como uma possibilidade para que eles possam ter contato com as equipes de saúde e que gostariam que o serviço funcionasse melhor. Muitos gostariam de ter acesso direto com médico via telessaúde. Destaca-se que esse tipo de teleatendimento (médico-ACS) ainda não está regulamentado, já que a abordagem deve ser feita entre médicos.

Por fim, reclamam da falta de recursos da secretaria de saúde e que se eles não levam o paciente até às equipes, eles ficam sem atendimento. Ressaltam ainda que "quando chega na seca, não entra equipe", reforçando o

caráter de isolamento deste profissional em determinados meses do ano. O papel do ACS é marcado pelo fato de representarem a única fonte contínua de cuidados nos intervalos de viagem da equipe. Como resultado, a maioria de suas atividades são realizadas de forma autônoma e são, muitas vezes, amplamente desconhecidas da equipe como um todo, a não ser pelo técnico de enfermagem que vive na comunidade. Essa responsabilidade sentida pelos ACS gera ansiedade e insatisfação.

As UBSF tiveram uma boa avaliação pelos ACS, especialmente durante os momentos mais graves da pandemia de COVID-19. A presença da embarcação no rio, nas proximidades das comunidades, trouxe segurança para os ACS, pois quando a UBSF não está presente eles lidam sozinhos com os problemas da comunidade, além de trazer dignidade para quem procura serviços de saúde em um momento de grave crise sanitária:

“A lancha da Saúde entrou para dentro do rio em Itapiranga. Ela passou o ano todinho aí - entrou em março e saiu em dezembro. Então ela ficou dando assistência no ano passado. Para nós foi muito bom essa parte dela entrar e ficar lá dando assistência. Foi bom né? Agora sim, perto da comunidade para prestar assistência porque para mim, no caso, eu não tenho assistência assim tão legal (quando a UBSF não está). Com o que tem aqui (Equipe fixa), não me dão medicamento. Nem calmante que seja, eles não me dão nada para fazer um curativo, nada, nada, nada, então eu não tenho nada. Eu não tenho esse lado de assistência deles, mas em questão de emergência eles me dão sim o combustível. Quando eu preciso fazer uma emergência eu levo para Itapiranga o paciente, a gente tem uma lancha de 15 que foi dada pela prefeitura de Itapiranga e a gente tem uma de 60 que a gente foi contemplado pela Embaixada França junto com a FAS”. (ACS Mayara, RDS Uatumã, Comunidade Santa Luzia do Jacarequara)

Embora os ACS sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes biomédicos, ainda falta muita clareza na definição do papel do ACS. Um lado positivo do trabalho dos ACS é, sem dúvida, a proximidade com as famílias. Conhecem todas elas e os

problemas de saúde que acometem seus membros. Ainda, detém o conhecimento dos cuidados populares e em uso em sua comunidade. É importante ressaltar que no processo terapêutico de qualquer pessoa, não é apenas a biomedicina que ocupa lugar e para ampliar o conhecimento do processo saúde-doença dos ribeirinhos, é fundamental que haja essa articulação de cuidados e terapias. O ACS da Comunidade Abelha da RDS Juma, Sr. Lázaro Correia, recomenda ao SUS na Floresta:

"Gostaria de fazer uma sugestão para que esse estudo pudesse fazer uma apostila sobre como usar as plantas medicinais. Às vezes as pessoas não sabem como tomar. Eu uso bastante a saracura quando estou gripado e me sinto muito bem, mas temos dezenas de plantas medicinais, inclusive quando fazemos o e-sus³² colocamos o uso que a gente faz das plantas medicinais, como para que as pessoas usam".

Assim como foi mencionado no trabalho de campo realizado na RDS Rio Negro (Anexo 3), destaca-se o aspecto importante do papel do ACS como elo entre saber popular de saúde, dinâmica social da comunidade onde habitam e conhecimento biomédico. Esses três fatores integrados o permitem alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população que nenhum outro profissional seria capaz.

Deste modo, a tarefa dos ACS deveria corresponder ao que determinam as orientações do Ministério da Saúde quando afirmam que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” ao mesmo tempo que devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Caso essa partilha de conhecimento, que é de mão dupla, de fato ocorra, isto facilitaria a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no processo saúde-doença das pessoas da comunidade, assim como também facilitaria o planejamento de estratégias

32 Registro eletrônico dos atendimentos realizados

mais eficazes no âmbito tanto das ações de rotina das equipes de saúde da família quanto na adesão às recomendações médicas.

Contudo, observa-se que os ACS ficam sobrecarregados com atividades de assistência, como levar os pacientes às consultas médicas ou ajudar na remoção de casos graves. Para que os ACS possam exercer suas verdadeiras atribuições, é imprescindível que as equipes de saúde atuem com mais periodicidade nas comunidades.

4.2. Encontro com gestores de saúde de municípios no Amazonas

No dia 23/03/2021, foi realizado encontro virtual entre equipe FAS, consultores SUS na Floresta e gestores de saúde de municípios que atendem população ribeirinha no estado do Amazonas, conforme Anexo 4.

O objetivo do encontro foi buscar uma aproximação com os núcleos gestores de saúde mais próximos da população alvo - ribeirinhos - para que então pudéssemos verificar a importância e abrangência das hipóteses elaboradas na fase de diagnóstico da situação de saúde a partir de dados epidemiológicos e literatura sobre o tema, além de verificar opiniões e experiências na execução das políticas de saúde na Amazônia.

O encontro foi facilitado pelo corpo técnico da FAS, uma vez que não foi possível a realização de trabalho de campo em decorrência da grave situação pandêmica da COVID-19 em todo território nacional. Para o encontro, utilizamos a metodologia de entrevista semi-estruturada que tem como característica da entrevista a utilização de um roteiro previamente elaborado. O roteiro utilizado foi orientado pelas seguintes perguntas:

- 1) De maneira geral, quais as principais características do sistema de saúde de seu município?**
- 2) Quais os principais problemas na gestão e atenção à saúde do sistema de saúde público de seu município?**
- 3) Como é a atuação da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha?**
- 4) Os ACS possuem treinamento ou reuniões periódicas com a equipe de saúde? Com qual frequência?**
- 5) Quais são os programas de saúde com melhor e pior cobertura?**

- 6) O que compromete mais a qualidade da atenção à saúde ofertada à população de seu município?**
- 7) Em relação ao controle de qualidade da informação, os dados são corrigidos no município, segundo observações repassadas aos responsáveis?**
- 8) Em relação aos treinamentos de Recursos Humanos, quais as maiores necessidades?**
- 9) Quais os principais problemas estruturais nas UBS?**
- 10) Quais os principais problemas em relação à referência e contrarreferência?**

O roteiro utilizado favoreceu não só a descrição dos principais fenômenos e eventos de saúde ribeirinha nos municípios participantes, mas também gerou explicação e compreensão do sistema de saúde ao qual a população ribeirinha tem acesso. A seguir, descreveremos, em síntese, algumas das falas dos gestores para então analisá-las à luz do estudo realizado até o momento.

O secretário de saúde de Itapiranga, Sr. Aurimar Simões, destacou o subfinanciamento da Atenção Básica dentre os principais problemas em fazer saúde pública na Amazônia, especialmente para população rural. De acordo com o secretário, as comunidades rurais estão localizadas em áreas remotas e dispersas, o que dificulta a logística de transporte e de distribuição de recursos humanos. Além disso, os municípios do interior possuem receita fiscal insuficiente para a demanda e o governo do Estado não participa do cofinanciamento da Atenção Básica. Ainda, em relação aos subsídios do governo federal, a nova política de financiamento da Atenção Básica, o Programa Previne Brasil, ao elaborar os indicadores de desempenho - um dos componentes de financiamento -, não considerou a realidade amazônica e por isso, seria muito difícil alcançar as metas previstas para assim obter uma parte do financiamento previsto.

"Hoje a gente vê assim o recurso que os municípios recebem, principalmente os municípios que não tem receita, são recursos insuficientes para atender às nossas demandas. Por exemplo, no nosso Município de Itapiranga não se gasta menos de 20 ou 30 mil reais para fazer uma campanha de vacina. A

*questão de combustível, a questão de Pessoal, a questão de transporte, tudo isso dificulta para a gente. Aí na portaria do Ministério da Saúde diz que os recursos da Saúde devem ser compartilhados, mas eu te pergunto o seguinte: quanto é que sai de recurso compartilhado do Estado para os fundos municipais de saúde? Não tem 1 real. (...) eu acho que nós temos que começar a construir uma política de saúde, principalmente buscando do Estado (AM) uma discussão com os municípios. (...) Eu só posso fazer uma saúde com paz se eu tiver condições de implementar um melhor acesso. Entendeu? Assim, a gente tem lutado muito, mas esperamos que as coisas melhorem e que possamos discutir com nossos novos gestores que estão aí a questão do financiamento desse novo modelo de gestão que está sendo pregado pela política do Ministério da Saúde. Essa nova política está tirando o recurso já que, se eu não produzir, eu não tenho o recurso. Não ficou muito clara a questão dessa mudança nos municípios da região norte. Isso precisa ser discutido, levar para que seja discutido junto ao Ministério da Saúde. Essas pessoas que fazem as políticas e as portarias do Ministério da Saúde, deveriam conhecer nossa região Amazônica. **Há necessidade de se fazer uma crítica para ter uma política justa para que todos nós possamos ter acesso na fonte principal (de recurso) que eu uso para fazer saúde e melhorias para nossa população.**" (Sr. Aurimar Simões, Secretário de Saúde de Itapiranga)*

A coordenadora de Atenção Básica de Itapiranga, Sra Elizandra Campos, ressaltou o quanto as UBSF e as lanchas de suporte usadas nos deslocamentos, foram fundamentais na pandemia, pois elas garantiram suporte com equipe de saúde, consultório e laboratório, evitando assim que a população ribeirinha se deslocasse para a cidade. Além disso, com a presença mais constante da UBSF, outros serviços de saúde, tanto na área de assistência quanto na prevenção, foram fortalecidos, tais como pré-natais (consultas e exames laboratoriais), acompanhamento da saúde da criança, dentre outros. Infelizmente, a UBSF teve seu funcionamento interrompido por falta de energia elétrica dependente de combustível.

Já a secretária de saúde de Manicoré, Sra Adriana Moreira, relatou que o município não possui Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR)

estruturadas, apesar da enorme proporção de população rural em seu município. Além disso, a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) está sucateada, por isso em desuso. A secretária considera que as UBSF têm um papel muito importante na saúde ribeirinha e nos municípios que foi secretária anteriormente, Tefé e Borba, ela conseguiu fazer com que as UBSF funcionassem a partir de um grande esforço de planejamento. No município de Tefé, a secretária ampliou o número de profissionais por equipe fluvial e ribeirinha, bem como contratou serviços como embarcações de apoio para que assim o seu valor variável de custeio aumentasse, pois estes serviços e profissionais são custeados com recurso extra piso.

Como a UBSF funcionava, em Tefé, apenas no período de cheia do rio, ela buscava otimizar nesses meses (de janeiro a agosto), os serviços que não seriam ofertados pela Unidade nos meses de seca. Assim, a UBSF conseguia uma boa produção e o recurso que recebia nos meses que ficava parada, transferia para um fundo destinado à saúde ribeirinha. Ressaltou também que um grande problema é a falta de custeio para manutenção da embarcação. Não há qualquer previsão orçamentária para isso e então é preciso buscar outras fontes como emendas parlamentares³³. Recém empossada em Manicoré como secretária de saúde, Adriana vê grandes desafios pela frente, pois como mencionou, no município não há equipes de saúde ribeirinha e isso é preocupante, pois há uma necessidade imensa em ampliar a cobertura vacinal e sem equipes isso não será possível.

A secretária de saúde de Eirunepé, a Sra Letícia, relatou que a UBSF está funcionando no rio Eiru com equipe completa. A vacina de Covid está sendo feita pela equipe de saúde fluvial para evitar que os ribeirinhos vão até a cidade. Outro aspecto relatado foi a parceria com a FVS que está neste momento junto à equipe da UBSF fazendo borrifação já que tiveram muitos casos de malária e dengue na região. No município, os ACS vão até a cidade todos os meses para receber orientações, entregar produção e eventualmente

33 Após a entrevista coletiva, buscamos a secretária para uma conversa informal com objetivo que ela nos explicasse melhor os arranjos institucionais que executou em suas gestões passadas para o bom funcionamento da saúde ribeirinha.

levar algum paciente para consulta. Relatam que há muitos casos de emergência e contam até com recurso da FAS para esses deslocamentos.

"Temos dificuldades de logística aqui no município. As comunidades são bem distantes, tem situação aqui, que são dois dias de viagem. A logística em Eirunepé é bem complicada."(Sra. Letícia, Secretária de Eirunepé).

Em Eirunepé, os ACS fazem busca ativa das gestantes e então as levam com prioridade para a cidade a fim de iniciar logo o pré-natal antes de completar 20 semanas. Fazem em média cinco consultas por gestação sendo que estas ocorrem exclusivamente na cidade. O ACS também é responsável por levar meninas e mulheres em idade de fértil para coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino. Também que os ribeirinhos geralmente não tem recurso para irem até a cidade fazer exames e mesmo para emergências. A equipe de saúde ribeirinha fica na cidade e é acionada nas emergências.

Em Beruri, a coordenadora de Atenção Básica, Sra. Irileide Ferreira, ressaltou que tem dificuldades em executar alguns programas de saúde, como o acompanhamento das doenças crônicas, em especial os pacientes com pressão alta e diabetes. Relata que os usuários deveriam ir uma vez por mês ao município para o acompanhamento, mas não vão. Ela percebe que os pacientes têm dificuldade para tomar os remédios diariamente. Também nos explica que existem 80 comunidades rurais na abrangência do município e duas enfermeiras em localidades diferentes que dão suporte à área rural. As enfermeiras possuem uma lancha à disposição, caso tenham que atender alguma emergência ou levar um paciente grave até a cidade. Explica que existem duas equipes completas contratadas para zona rural e que elas ficam lotadas em prédio alugado na cidade, com um planejamento de visitarem as áreas rurais 3/ano, porém, no ano de 2020 conseguiram ir apenas uma vez.

Iranduba possui 13 equipes de saúde ribeirinha, das 23 equipes que atuam no município. Receberam a UBSF no final do ano passado, mas ainda não terminaram o credenciamento das equipes. A representante da secretaria

de saúde de Iranduba destacou a importância do Programa Primeira Infância Ribeirinha, em parceria com a FAS, para o acompanhamento da saúde infantil.

De uma maneira geral, muitos participantes destacaram o papel fundamental das UBSF durante a epidemia, mostrando ser uma estratégia adequada para a situação e sua maioria lamenta as dificuldades de custeio do combustível.

Outro ponto que me chamou a atenção é que dois municípios relacionaram o trabalho que o ACS faz em relação ao Programa Bolsa Família. Sendo o agente de saúde responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento e peso das crianças e, então, repassa estas informações à nutricionista da equipe.

A partir dos relatos, observa-se alguns destaques abordados na fala dos gestores municipais:

- Subfinanciamento da atenção básica na Amazônia;
- Impacto positivo do planejamento estratégico para atuação de equipes de saúde em área rural;
- Importância das UBSF no enfrentamento da Covid-19;
- Equipes de saúde ribeirinha são alocadas nas cidades e geralmente o usuário vai até eles e não o contrário; e
- Otimização de recursos e gastos da UBSF a partir de parcerias institucionais.

Em relação ao financiamento do SUS, este é um ponto central que deve ser apontado como prioridade no programa *SUS na Floresta*. O que o Sr Aurimar relata ser uma grande dificuldade para a Amazônia, ou seja, ofertar à população rural o acesso à saúde e ao mesmo tempo arcar com custos exorbitantes de deslocamento e distribuição de pessoal, tem sido, há muito tempo, uma reclamação dos gestores municipais que estão à frente da execução da atenção básica em seus territórios. Contudo, o Sr Aurimar relata que a situação piorou com a implementação da nova política de financiamento da Atenção Básica: o programa Previne Brasil.

A nova política considera como variável de cálculo o número de pessoas cadastradas e o número e o alcance municipal de metas de desempenho que tem como base indicadores nacionais. Além disso, soma-se ao valor repassado aos municípios um incentivo financeiro específico para populações vulneráveis, como é o caso da população ribeirinha com os incentivos às equipes de saúde ribeirinhas e às UBSF. Desta forma, extinguiu-se o repasse com base populacional - o piso fixo - e o repasse variável depende de alcance de metas e implantação de serviços.

Ocorre que, ao invés de garantir uma maior autonomia para os gestores municipais no que tange à utilização dos recursos, esse novo mecanismo de cálculo para transferência intergovernamental prejudicou o alcance da universalidade (Morosini et al, 2020)³⁴. Primeiramente, os gestores municipais perderam a garantia que tinham de receber um valor fixo com base na sua população e agora o custo efetivo tem como base o pagamento por serviços expressos por meio da população cadastrada e no indicador de desempenho.

Contudo, esse tipo de captação ponderada não reflete as necessidades e muito menos resolve os problemas do SUS na Amazônia. Devido às questões já trabalhadas no âmbito desta consultoria, por se tratar de populações remotas e dispersas, será muito difícil para os gestores alcançarem as metas previstas. Além disso, um território sanitário não pode ser visto como um conjunto de número de indivíduos cadastrados e sim como um lugar de demanda específica e diversa. Por fim, o financiamento das ações estratégicas são insuficientes para cobrir gastos consequentes das características geográficas e populacionais da zona rural amazônica como um todo.

A fim de "driblar" essas dificuldades, alguns gestores sugeriram o planejamento de ações conjuntas com outros órgãos e/ou instituições, além da otimização das ações integrando várias equipes a cada deslocamento. A busca por parceiros que possam "ratear" os custos despendidos parece ser recomendável e possível. Assim, como o exemplo citado de ação conjunta com

34 Cadernos de Saúde Pública. CSPcast #13 - Privatização e atenção básica em saúde no Brasil. Disponível em: <https://podcasts.apple.com/us/podcast/cspcast-13-privatiza%C3%A7%C3%A3o-e-aten%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-em-sa%C3%BAde-no-brasil/id1447274191?i=1000494907987>. (Acesso em 29/03/21)

a FVS, que realizou trabalho de controle vetorial ao mesmo tempo que a equipe de atenção básica realizava suas atividades, todos embarcados na UBSF em uma mesma viagem, pode-se pensar em parcerias com universidades e com a saúde indígena. No caso das universidades, um bom exemplo poderia ser por meio de um programa de residência médica. Já a saúde indígena, iria se beneficiar com a estrutura de laboratórios e consultórios que a UBSF oferta. Por consequência, as ações conjuntas facilitariam, pela inevitável convivência, maior integração entre áreas diferentes áreas da saúde e ampliando o diálogo interinstitucional.

Na impossibilidade de trazer à realidade os cenários descritos como ideais, os gestores acabam por alocar as equipes de saúde ribeirinha nas cidades (áreas urbanas) e a atenção à saúde dessa população fica restrita às demandas espontâneas, muitas vezes emergências, ou mesmo, esperam que os ACS rastreiem e levem os ACS até a sede do município. Impõe-se aqui uma questão também moral em torno da responsabilidade da União e seus entes federados em garantir essa reparação: sendo os princípios da universalização e da equidade bases do SUS, não é justo que uma população que tem a baixa circulação monetária como uma de suas características econômicas, arcar com custos eventuais de deslocamento, estadia e alimentação para poder ter acesso a serviços básicos em saúde, como no caso de uma consulta pré-natal.

Por fim, ressalta-se que os municípios amazonenses são pequenos e com baixa arrecadação fiscal o que os impossibilita de realizar uma distribuição de recursos mais equalitária. Sendo assim, torna-se imprescindível o co-financiamento da Atenção Básica por parte do Estado do Amazonas, além da diferenciação de repasses por parte do governo federal.

5. Análise do Sistema de Saúde Ribeirinha (2): resultado e análise de inquérito

A atenção à saúde é uma das finalidades fundamentais de um Sistema de Saúde. Na prática efetiva, deve implementar as capacidades institucionais reais para atender as necessidades sentidas e demandadas pela população durante todo seu ciclo de vida. Ainda, a maioria dos sistemas públicos de saúde continua sob os paradigmas do modelo tradicional de mercado, tendo como base os princípios de oferta e demanda.

Os requisitos para as intervenções em saúde são geralmente baseados no paradigma oficial da medicina científica ocidental e apresentam significativas dificuldades para serem incorporadas conforme as definições de políticas de abrangência nacional. Isto decorre do fato de que as normas nacionais procuram ser vigentes em diferentes cenários em um país de dimensão continental e de uma incrível heterogeneidade. Isto quer dizer, no nosso caso, que a política de atenção básica à saúde se adapta (ou não) às características ecológicas, condições sociais, organização sociopolítica da administração pública, assim à capacidade financeira local e de outros orçamentos governamentais.

Quando um Sistema de Saúde busca pela melhoria em saúde em diferentes territórios sociais e culturais, isso requer uma capacidade de gestão em saúde pública que permita a adequação da oferta e da qualidade dos serviços e, ao mesmo tempo, supere os fatores restritivos de sua acessibilidade. A percepção dos problemas dos gestores entrevistados constitui uma síntese da experiência desses atores no interior (ou ponta) do sistema de saúde. As opiniões emitidas permitem estabelecer um perfil qualitativo sobre a capacidade do sistema para responder às necessidades de saúde da população ribeirinha. Ainda, a análise das respostas nos permite refletir se é factível a implementação de programas e estratégias desenhadas e preconizadas desde o nível central, bem como sobre a sustentabilidade financeira do sistema.

Pela falta de disponibilidade da informação de morbidade e mortalidade confiável, foi procurada informação de avaliações precedentes do sistema de atenção básica à saúde nos municípios do estado do Amazonas. O objetivo foi a comparação dos resultados do inquérito, assim como a procura de maior informação sobre os processos e componentes do sistema de atenção rural e dos ribeirinhos.

A descrição da metodologia utilizada para construção, aplicação e análise dos questionários estão descritas no Anexo 5, Introdução e Anexo 5, item B. De maneira resumida, informo que utilizamos os resultados preliminares da análise da situação de saúde ribeirinha (Produtos 2 e 3) para elaborar uma questionário de perguntas abertas (Anexo 7) e uma enquete de hipóteses baseada no modelo Likert. Este modelo consiste em uma série de frases (que podem ser afirmativas ou negativas) sobre determinados temas, que se constituem como variáveis de análises, sobre as quais se qualifica uma resposta segundo sua concordância ou discordância com a frase em uma escala de 1 a 7 pontos. Foi aplicada na amostra final constituída por 15 gestores de saúde municipais no estado do Amazonas, dentre eles, secretários de saúde e coordenadores de atenção básica. Foram incluídas 51 frases no desenho final da enquete que explora a situação dos seguintes componentes do sistema de saúde:

- **Equipes de Saúde:** refere-se a percepção sobre a quantidade de profissionais disponível para prestar a atenção assim como a formação complementar para melhoria da qualidade diagnóstica – terapêutica.
- **Atividades Programáticas de Atenção Básica:** explora sobre o desempenho de programas orientados a prevenir, diagnosticar e tratar patologias básicas, em especial àquelas apresentadas na infância, doenças crônicas, saúde bucal, dentre outras. Além disso, foram abordados os temas de controle pré-natal, imunizações e medicamentos receitados.

- **Sistema de Informação:** indaga sobre a coleta de dados de consultas e procedimentos, o registro dos dados no e-SUS, sua transmissão eletrônica e o fluxo com para registro no SINAN, assim como o monitoramento e controle de qualidade da informação.
- **Atenção à saúde:** Procura especificar as características dinâmicas dos processos, desde os princípios epidemiológicos para o planejamento a procura ativa de casos nos domicílios. Foram incorporadas questões relacionadas à importância das atividades de prevenção e o compartilhamento de conhecimentos nas ESFR.
- **Saneamento:** Considerando a prevalência das doenças infecciosas e sua correlação com a saúde ambiental, foi indagado aspectos relacionados à higiene e medidas preventivas no uso da água nas ações de saneamento, além de aspectos das normas que tratam sobre potabilidade da água, da coleta e do manejo de resíduos sólidos. Também foi indagado sobre ACS e as ações de educação em saúde e ambiental.
- **Gestão da Unidade Básica de Saúde:** Constitui um aspecto fundamental considerando que as UBS constituem a porta de entrada ao SUS. Nesta seção procurou-se conhecer sobre a articulação para o controle de vetores, as propostas de sistemas de saneamento, assim como dos arranjos institucionais para os fluxos de referência e contra referência de pacientes a níveis de maior complexidade de atenção. Além disso, foram levantadas hipóteses sobre logística para transporte das ESFR, controle de estoque e fluxo de medicamentos entre a UBSF e sede municipal, o monitoramento da coleta de amostras biológicas, exames de laboratório, e acompanhamento de exames complementares. Finalmente, indaga-se as condições da UBS para prestar serviços de atenção básica à saúde.
- **Atenção Integrada:** Expressa se as práticas de atenção à saúde estão articuladas com todos os níveis de atenção do SUS. Neste sentido, são exploradas as opiniões sobre o funcionamento específico sobre a atenção continuada na Média e Alta Complexidade, sua capacidade,

oportunidade de atenção, adequação sócio-cultural e resolutividade, assim como o funcionamento do Sistema de Regulação (SISREG).

Para fins de análise os componentes foram divididos em dois grupos, como demonstrado no esquema abaixo:

1) Atenção à Saúde	- Equipes de Saúde - Atividades Programáticas de Atenção Básica - Sistema de Informação - Atenção à saúde
2) Gestão à Saúde	- Saneamento - Gestão da Unidade Básica de Saúde - Atenção Integrada

O Gráfico 1 apresenta uma visão geral sobre todas as hipóteses referentes ao Grupo 1 - Atenção, o que nos confere uma percepção comparativa dos componentes analisados.

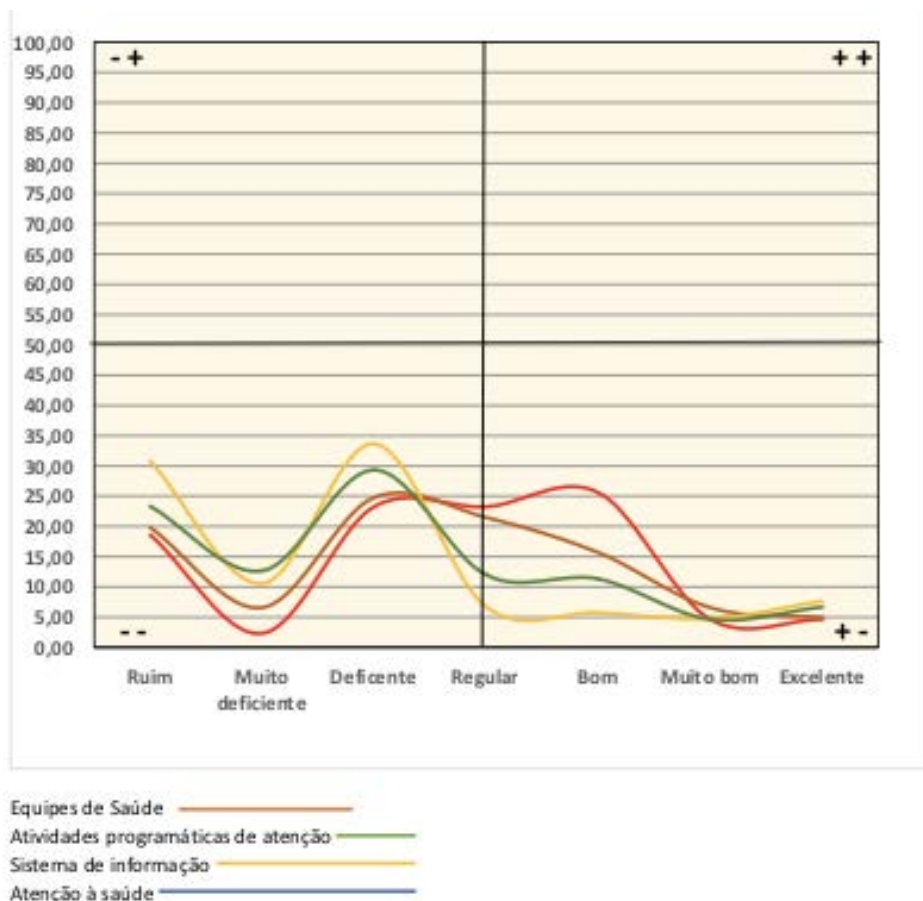


Gráfico 1 - Curvas de qualificação segundo variáveis dos componentes (n=4) do Grupo 1 do sistema de atenção básica à população ribeirinha, segundo opiniões de 15 Coordenadores Técnicos de Atenção Básica do Estado de Amazonas, 2020.

A categoria “Equipes de Saúde” explora as opiniões sobre a suficiência do número de profissionais que compõem as equipes para prestar atendimentos na Atenção Básica, a atualização e continuidade de conhecimentos para desempenhar seu trabalho com eficácia, e se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) recebem atualização permanente de conhecimento e práticas. Ainda que no total das opiniões mais da metade (56%) manifestaram sua insatisfação (de “Regular” a “Ruim”), outra metade considera “Bom” o número de recursos humanos disponíveis, mas a maioria considera insuficientes os esforços de treinamentos ou capacitações dos profissionais, especialmente dos ACS. Neste sentido, dentro das causas deste problema foi sublinhada a falta de apoio técnico associada às observações quanto à qualidade dos atendimentos.

Fazendo uma relação dos dados obtidos no questionário com estudo realizado por Garnelo et al (2014), infere-se:

- Não há disponibilização de práticas integrativas e complementares na rede SUS de AB no Amazonas. A única iniciativa observada foi uma iniciativa relatada pela Secretária de Saúde de Manicoré, Sra Adriana Moreira, quando ela era gestora de Tefé;
- Carência crônica de profissionais, tanto em números absolutos, quanto em qualificação específica que possa suprir certos perfis de especialidades;
- Atendimentos centrados em consultas ambulatoriais individualizadas, pouco envolvimento com gestão, promoção à saúde e visitas domiciliares, geralmente essas duas últimas atividades ficam por conta do ACS;
- Equipes não capacitadas para uso de indicadores epidemiológicos;
- Predomina a atuação isolada de cada categoria profissional; e
- Grande sobrecarga de tarefas atribuídas aos enfermeiros.

Nos encontros realizados com os ACS e como também ressaltado por Garnelo et al (2014), o sentimento predominante entre os profissionais que atuam diretamente na comunidade é de abandono. Eles sentem que suas necessidades não são acolhidas pela equipe de gestão e que não recebem capacitação adequada à realização de suas tarefas. É importante melhorar o vínculo entre a equipe de gestão que fica na sede municipal e as equipes de saúde na linha de frente assistencial.

As qualificações sobre as “Atividades programáticas de atenção”, foram negativas (62%) entre “Regular” e “Ruim” predominantemente “Deficiente” (25%) e considerando a categoria “Ruim” (20%). Porém, 38% das opiniões varia entre “Regular” a “Excelente”, sendo que esta última é aproximadamente de 5%.

Foram reconhecidas as dificuldades para implementar os programas de saúde formulados desde o nível federal. Dentre estes, foram mencionados: Vigilância nutricional, acompanhamento do pré-natal, hiperdia, zoonose e controle de vetores, saúde bucal, infecções sexualmente transmissíveis e planejamento familiar.

Para a interpretação da variabilidade dos dados sobre a implementação dos diversos tipos de programas, é fundamental observar a correlação com a organização e funcionamento do sistema de saúde. Assim como em Garnelo et al (2014), a maior parte das ações de saúde descritas teve o foco do cuidado direcionado ao indivíduo e à atenção programática. Neste sentido, entende-se que a implementação da modalidade de execução da atenção básica mediante programas específicos, sejam para acompanhamento, promoção e prevenção em saúde, assim como sobre patologias prevalentes, requerem condições essenciais do sistema de saúde.

Para que os programas possam alcançar seus objetivos, é imprescindível a permanência ou continuidade das ações e que haja disponibilidade de meios para diagnóstico e de tratamento, além de meios logísticos para referências e contrareferências aos diversos níveis de complexidade da atenção da rede de saúde.

Neste sentido, a factibilidade de iniciar e manter programas de saúde depende da disponibilidade e das condições dos requisitos mencionados anteriormente. Sem esse requisito, um planejamento de atenção à saúde baseado em programas mensurados por metas e indicadores de produção não terá sucesso e nem fará sentido o dispêndio de esforço físico e financeiro. Caso não haja disponibilidade de meios, há de ser pensado um outro modelo de atenção básica para áreas remotas. No âmbito deste estudo, considerando a capacidade técnica e financeira dos municípios, a literatura revisada e as entrevistas, a estratégia mais adequada para cumprir com o modelo de ações programáticas, tal qual preconizado pelo Ministério da Saúde, seria pela forte implantação de UBSF, que possam contar com laboratórios, internet e equipes multidisciplinares.

Como descrito anteriormente, a população ribeirinha reside principalmente em áreas rurais dos municípios classificados como remotos, com alta dispersão demográfica, cujo acesso é remoto ou se dá por rio. Considerando que a rede básica de serviços dispõe de duas modalidades de atenção: Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, e segundo suas características e capacidades instaladas, pode-se considerar que estas últimas são as mais apropriadas para poder implementar os programas de saúde, assim como os atendimentos que permitem uma maior qualidade dos diagnósticos e intervenções terapêuticas com maior resolutividade.

Em relação à Sistemas de informação, 78,37% das qualificações são negativas e quase 33,65% foi considerado como “deficiente” e 30,77% como “ruim”. Apenas dois Coordenadores Técnicos de Atenção Básica consideraram a informação “Muito bom” e “Excelente”, ainda que quase a totalidade das opiniões assinala que as notificações de agravos não são registradas em tempo oportuno no SINAN, assim como, da falta de registros das atividades realizadas pelos ACS.

Também foi sublinhada a falta de equipamentos de informática e a falta de internet nas comunidades ribeirinhas, que geram dificuldades em manter um fluxo regular de formulários de registro de ações. Em função da dificuldade de equipamentos, manutenção e internet, o registro é fragmentário e não é utilizado para fins de planejamento. A coleta de dados nas unidades básicas de saúde limita-se a alimentar as bases nacionais de dados a fim de conseguir os repasses de verbas pelos níveis estadual e federal. Ressalta-se que geralmente não há avaliação crítica dos dados coletados, ou seja, não há retorno às equipes gerando desconhecimento quanto à vigilância epidemiológica.

A categoria “Atenção à Saúde”, é complementar às “Atividades programáticas de atenção”. Indagou-se sobre as características inerentes aos processos realizados pelas Equipes de saúde, em especial sobre atividades

coletivas e assistência à patologias que necessitam de prevenção prioritária no âmbito familiar.

Quando se observam as respostas, 71,33% são valores negativos, dos quais 29% são considerados como “deficientes”. Na qualificação “Ruim” (23,33%), destacam-se as seguintes hipóteses: os profissionais não realizam trabalho de equipe; as equipes não desenvolvem trabalho participativo com a população; o acompanhamento dos pacientes é deficiente; na maioria das Unidades Básicas de Saúde não são priorizadas as atividades de prevenção; a Atenção Básica não é planejada, segundo o perfil epidemiológico das comunidades; os atendimentos estão centradas nas queixas pessoais e são perdidas as oportunidades da atenção coletiva da família; a metade dos gestores destacou não possuir insumos para diagnosticar e tratar as doenças mais frequentes; e são observadas limitações para diagnosticar e tratar tanto os casos de tuberculose quanto os de sífilis.

Dentro das qualificações positivas, (28,67%) três gestores reconhecem a prática de atividades de prevenção, de trabalho em equipe e da disponibilidade de insumos para diagnóstico e tratamento das patologias mais frequentes.

Observa-se o predomínio do trabalho pautado na demanda espontânea individual e não na família, como preconiza a Estratégia de Saúde da Família. A centralidade na família foi algo de difícil apreensão por parte dos gestores, muito embora de grande significância aos ACS.

Também foi destacado baixos níveis de resolutividade e dificuldade de garantir acesso dos usuários da AB à rede de referência; e, quando conseguem o acesso à atenção especializada ou complementar, seus problemas não são resolvidos de modo integral.

Quando os Coordenadores Técnicos de Atenção Básica procuram explicar a mortalidade infantil, especialmente a natimortalidade, são enunciadas as dificuldades no acompanhamento contínuo do pré-natal,

gravidez na adolescência, falta de exame complementares, maternidade sem estrutura adequada e falta de qualificação profissional, assim como da falta de educação em saúde sobre os cuidados com o recém-nascido e sua alimentação desde o pré-natal. Além disso, foi sublinhada a necessidade da elaboração de um protocolo de atendimento para a saúde ribeirinha.

Um aspecto fundamental para o desempenho do sistema de atenção refere-se à tomada de decisões nos níveis de Gestão do Sistema. Assim, os gestores no âmbito local assumem um papel estratégico pois são a base de todo o sistema de saúde e, conseqüentemente, são a expressão do desenho, organização e funcionamento do SUS.

Neste sentido, a experiência de se fazer saúde pública no Amazonas é fundamental, pois a partir deles ampliamos nosso conhecimento sobre como obter resultados esperados, além da rica contribuição dos gestores locais para que possamos estabelecer as distâncias necessárias entre o modelo ideal e a factibilidade concreta para resolver os problemas de saúde, de maneira continuada e sustentável. Não obstante, a atuação em todos os níveis do sistema é fundamental. A exemplo, foi demonstrado que as contribuições da tecnologia médica, assim como os treinamentos e capacitações de profissionais, não foram suficientes para obter os resultados esperados pelo sistema e, para isso, a gestão estadual e federal são imprescindíveis.

No gráfico seguinte, observam-se as curvas de qualificação dos componentes de Gestão que se referem: à gestão do atendimento na Unidade Básica de Saúde, à gestão dos municípios no estabelecimento da atenção integrada, e à gestão do saneamento nas comunidades que, por sua vez, agrupa variáveis relacionadas à saúde ambiental.

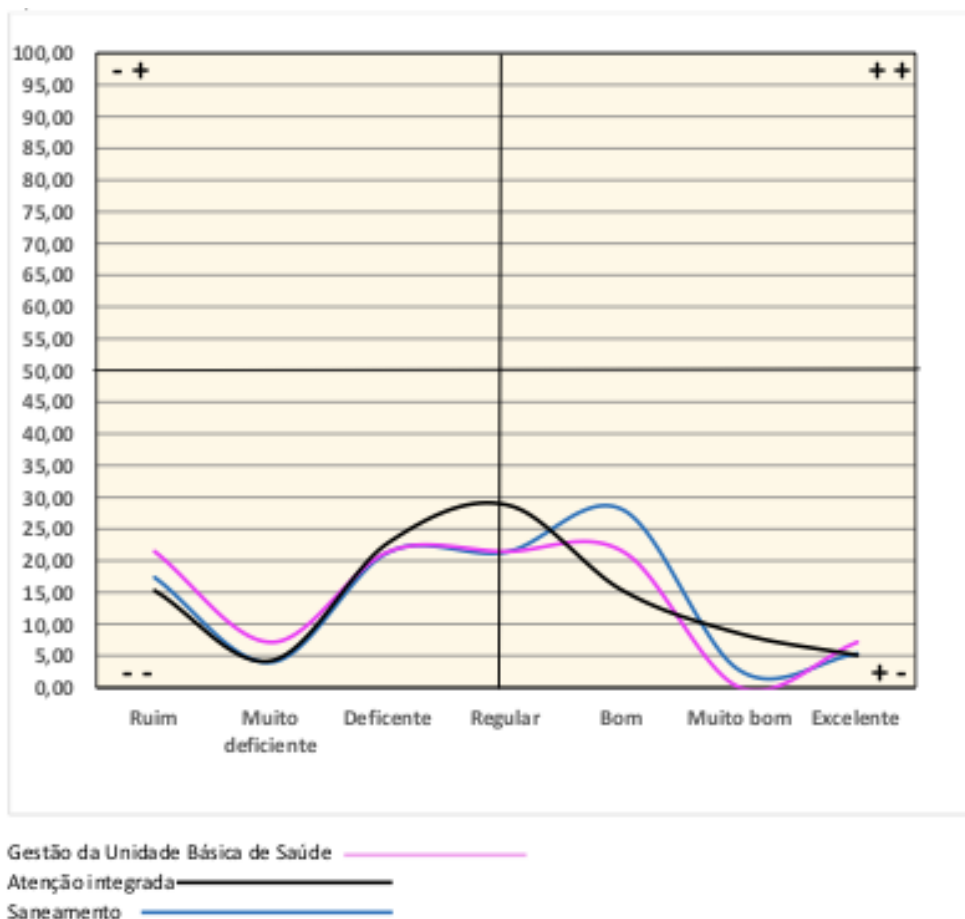


Gráfico 2 - Curvas de qualificação segundo variáveis dos componentes (n=3) do Grupo 2 (Gestão) do sistema de atenção básica à população ribeirinha, segundo opiniões de 15 Coordenadores técnicos municipais no Estado do Amazonas, 2020.

Estes componentes do inquérito limitaram-se à abordagem de questões operacionais e institucionais associadas ao papel e responsabilidades no exercício da tomada de decisões neste nível de gestão. Foram exploradas 17 variáveis em duas perspectivas, aquelas relacionadas diretamente com a sustentabilidade das atividades no âmbito da atenção à saúde, que incluem articulações intersetoriais com gestores municipais para garantir insumos às atividades regulares das Unidades Básicas de Saúde e, por outro lado, aquelas que estão relacionadas aos serviços que dependem dos gestores municipais e de outras instituições (por ex.: as referências de pacientes para os níveis de atenção de maior complexidade, a acessibilidade para exames

complementares que requerem o uso de tecnologias médicas mais complexas, assim como de laboratórios especializados).

O componente "Gestão da Unidade Básica de Saúde" foi qualificado com valores predominantemente negativos (60,71%), onde "Deficiente" e "Ruim" têm os maiores valores (21,43% cada uma). Por outro lado, os valores positivos (39,29%) foram divididos em "Bom" (21,43%) e "Excelente" (7,14%).

A maioria dos entrevistados considera que as UBS não estão em condições de prestar atenção básica à saúde, assim como as demandas por exames complementares - as coletas de amostras biológicas, os exames de laboratório e a obtenção de seus resultados - apresentam sérias dificuldades para se realizarem satisfatoriamente. Observa-se, portanto, que as UBS não possuem capacidade resolutiva para atender às necessidades de saúde da população.

Há necessidade que o trabalho farmacêutico, geralmente restrito à central de medicamentos do município, gerencie fluxo, demanda, estoques e qualidade de armazenamento dos medicamentos. Além disso, muitas UBS estão em condições insalubres, com problemas de manutenção, sem espaços apropriados para execução de consultas e procedimentos de atenção à saúde. Os espaços físicos são muitas vezes improvisados, o que leva à queixa de mulheres sobre a falta de privacidade para realização de procedimentos preventivos para câncer de colo de útero e pré-natal. É imprescindível a visita frequente dos secretários de saúde e membros da equipe de gestão às unidades de saúde da área rural.

Ressalta-se também a falta de disponibilidade oportuna do transporte da ESFR para as comunidades, que dependem do fluxo financeiro do Município. O problema se agrava quando as Unidades Básicas Fluviais não conseguem fazer sua escala de trabalho, pois aumenta a demanda por consultas, além de problemas de cobertura e descontinuidade de tratamentos. É preciso levar em conta o dispêndio financeiro e de tempo dos usuários ao procurarem os serviços de saúde que necessitam na sede municipal.

O componente “Atenção integrada” agrupa as variáveis fundamentais sobre organização e funcionamento das articulações intersetoriais no âmbito municipal. São os arranjos institucionais estabelecidos que permitem a eficiência dos fluxos de acesso à atenção clínica de serviços de média e alta complexidade. Do total de valores negativos (56,78%) da Atenção Integrada, 22,78% correspondem à qualificação “Deficiente”. Os valores de maior frequência negativa estão associados com as variáveis de acessibilidade aos serviços, destacando a assistência descontinuada e as dificuldades na oportunidade à acessibilidade que não dependem da condição clínica do paciente, assim como as dificuldades de agendamento no sistema de regulação a partir da UBS e, por fim, a inexistência do retorno das contrareferências.

Para este componente, observou-se a necessidade de qualificação de pessoal para a gestão, principalmente entre profissionais e gerentes que atuam nas unidades básicas de saúde. A situação se agrava quando o próprio secretário de saúde não tem conhecimento adequado dos processos de gestão em saúde e dos processos de gestão pública em sentido amplo, o que gera consequências negativas ao alcance de uma atenção à saúde integrada.

Outro ponto importante a destacar é a carência de serviços de média complexidade nas sedes municipais e a falta de financiamento destes poucos estabelecimentos por parte do governo do estado do Amazonas, o que faz com que o gestor municipal drene os recursos da AB para atender esses estabelecimentos.

6. Análise dos serviços em Saúde Bucal à população indígena no Amazonas

Os povos indígenas no Brasil apresentam uma enorme diversidade étnica, cultural, linguística, social e econômica e possuem diferentes formas de interação com a sociedade não indígena. Essa dinâmica estabelece uma variedade de determinantes de saúde para cada grupo indígena; sendo difícil, portanto, fazer generalizações quanto às condições de saúde bucal da população indígena como um todo.

Cada grupo étnico apresenta peculiaridades próprias, que influenciam nas diferentes condições de saúde bucal. No entanto, segundo Arantes (2005), é possível notar uma trajetória comum na saúde bucal dos povos indígenas uma vez em contato permanente com sociedades não indígenas. As mudanças socioeconômicas e culturais decorrentes deste processo interferem nas formas de subsistência e introduzem novos tipos de alimentos, o que geralmente influencia para a piora nas condições de saúde bucal destes povos (Arantes, 2005; Arantes, Santos e Frazão, 2010; Carneiro *et al.*, 2008; Detogni, 2007; Hidrata, Bergamanschio e Filho, 1977; Maurício, 2012; Parizoto, 2004; Sampaio *et al.*, 2010).

A Figura abaixo exemplifica o supracitado. Nela, estão apresentadas as médias do índice CPOD³⁵ (cáries dentárias) de diferentes povos indígenas do Brasil e média nacional aos 12 anos de idade. De maneira geral, é possível identificar que a maioria dos grupos indígenas estudados apresenta piores condições de saúde bucal quando comparada à população nacional.

³⁵ Índice que consiste na determinação da história de cárie passada ou presente através da experiência individual da doença, expressa pela somatória do número de dentes que se apresentam, no momento do exame, cariados, obturados, ou perdidos por motivo de cárie (OMS, 1997)

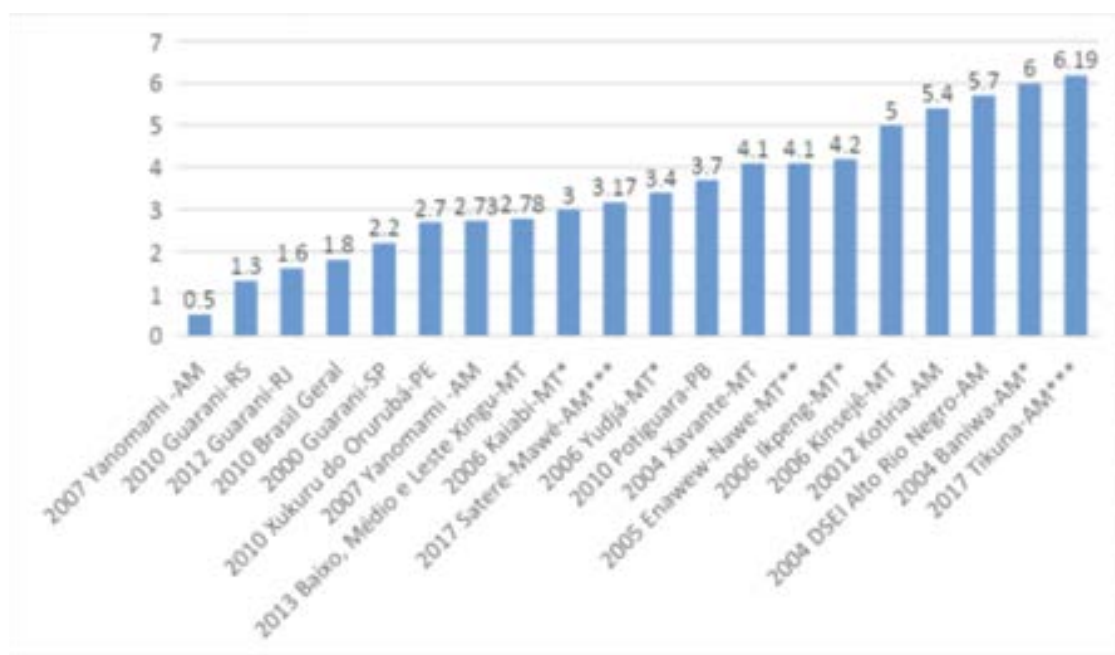


Figura 3. Comparativo da média do índice CPOD de diferentes povos indígenas do Brasil e média nacional aos 12 anos de idade, 2000 a 2020.

Fonte: Yanomami-RR (FREITAS, 2008); Brasil (BRASIL, 2011b); Guarani-RJ (ALVES FILHO, 2012); Xavantes-MT (ARANTES, 2005); Kaiabi-MT (PACAGNELLA, 2007); Yanomami-AM (PEREIRA, 2007); Potiguara-PP (SAMPAIO et al., 2010); Baniwa-AM (CARNEIRO et al., 2008); Yudjá-MT (PACAGNELLA, 2007); Enawene-Nawe-MT (DETOGNI, 2007); Ikpeng-MT (PACAGNELLA, 2007); Kisêdjê (PACAGNELLA, 2007); Kotiria-AM (CÔRTES, 2013); e DSEI Alto Rio Negro-AM (CÔRTES et al., 2006); Guarani-RS (BALDISSEROTTO; FERREIRA; WARMLING, 2019); Sateré-Mawê-AM (CAIRES et al., 2018); Tikuna-AM (CAIRES et al., 2018); Baixo, Médio e Leste Xingu-MT(Etnias: Kisêdje, Ikpeng, Kaiabi, Trumai, Kamayura, Yudjá, Waurá e Tapayuna) (LEMOES et al., 2018); Xukuru do Orurubá (MAURICIO; MOREIRA, 2014)

*** Faixa etária de 12 a 14 anos; ** Faixa etária de 12 e 13 anos, *** Faixa etária de 7 a 12 anos**

Considerando o panorama acima descrito, observa-se que a região norte apresenta características que a colocam como a região com os piores índices de saúde bucal do país, sendo esta condição ainda mais agravada quando analisada a população indígena.

Desta forma, faz-se necessário fortalecer os programas de saúde voltados a esta população, implementando estratégias adequadas à realidade e as especificidades da população indígena, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

6.1. Serviços de saúde bucal à população indígena

Com a implantação dos DSEI, os cuidados de atenção primária à saúde dos povos indígenas que vivem em terras e territórios indígenas passaram a serem desenvolvidos de forma periódica pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que são constituídas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, Auxiliares ou Técnicos em Saúde Bucal (ASB/TSB) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). E podem ainda, incluir outros profissionais de acordo com as necessidades locais, tais como antropólogos, psicólogos, nutricionistas, entre outros (BRASIL, 2002).

O número de Profissionais de saúde bucal nos DSEI com Sede no Amazonas está apresentado no Anexo 8 Quadro 1. No total, são 200 profissionais de saúde bucal, sendo 98 dentistas para atender uma população de pouco mais de 201.000 pessoas.

Os profissionais de saúde bucal desenvolvem as ações conforme as Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que orientam para a realização de ações coletivas e individuais de atenção à saúde bucal, considerando os aspectos epidemiológicos, culturais, sociais, políticos e econômicos das populações indígenas (BRASIL, 2007).

Com relação às ações coletivas, estão previstas a realização de escovação dental supervisionada, de aplicação tópica de flúor e de distribuição de dentifrício, escova e fio dental para toda a população. Além disso, são realizadas orientações para o desenvolvimento de atividades de educação e promoção em saúde bucal, devendo ser realizadas tanto pelo odontólogo e pela equipe auxiliar (ASB/TSB), quanto pelo agente indígena de saúde (BRASIL, 2007).

As ações individuais são as relacionadas à assistência clínica odontológica no âmbito da atenção primária, sendo prevista a realização de raspagem periodontal, restaurações, incluindo o Tratamento Restaurador Atraumático (ART), exodontias, dentre outros procedimentos. Vale destacar que o documento orienta para que as atividades sejam realizadas nas aldeias, mesmo naquelas com pouca infraestrutura, desprovidas de consultório odontológico, de energia elétrica ou de água encanada. Deste modo, busca-se garantir o acesso aos cuidados primários de saúde bucal para toda a população, incluindo povos indígenas que residem em locais de difícil acesso.



Foto: Gabriel Cortês

Figura 4- Atendimento odontológico na aldeia, sem o uso de consultório, DSEI Alto Rio Negro.

Casos que necessitam de atendimento mais complexo são referenciados para a rede de serviço de média e alta complexidade, sob gestão dos estados e municípios, principalmente para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e hospitais. Ver Anexo X para maiores informações sobre o funcionamento dos CEOs e LRPDs.

Para Coelho (2011), a saúde indígena alcançou significativos avanços a partir da criação do SASISUS. No entanto, mesmo com as melhorias na saúde, os povos indígenas concentram os piores indicadores de saúde do país.

Diante os desafios para melhorar a saúde bucal indígena, ressalta-se importância dos processos de avaliação dos serviços em saúde, uma vez que permite a identificação de problemas para a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, bem como auxilia na incorporação de novas práticas sanitárias nas rotinas dos profissionais, além de mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2006).

Neste sentido, o presente estudo visa analisar a oferta de serviço de atenção à saúde bucal à população indígena assistida pelos DSEI com sede no estado do Amazonas, com ênfase na atenção primária à saúde.

6.2. Análise dos serviços ofertados

A seguir, faremos uma análise da oferta de serviço de atenção à saúde bucal à população indígena assistida pelos DSEI com sede no estado do Amazonas, com ênfase na atenção primária à saúde. Para tanto, foram analisados dois eixos: estrutura ofertada (recursos humanos, equipamentos odontológicos e rede de referência) e o processo de trabalho (acesso e resolutividade; e ações preventivas e promoção à saúde).

Os dados analisados tiveram como fonte o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), e outros registros da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), acessados por meio do Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), em conformidade com a Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527, 18 de novembro de 2011). A metodologia detalhada está descrita no ANEXO 8.

Principais achados:

A. Eixo Estrutura

A média do número de indígenas por Cirurgião Dentista (CD) permite identificar a capacidade instalada de disponibilidade de odontólogo para cobertura de uma determinada região. No geral, os DSEI com sede no Amazonas apresentaram média de um Cirurgião Dentista para cada 2.057 indígena, sendo esse valor superior à média nacional do SASISUS de 1.674, colocando o Amazonas em desvantagem quando comparado à média nacional. Deve-se considerar que regiões que apresentam maior dispersão demográfica e maior dificuldade de acesso requerem um número maior de profissionais para a oferta adequada de serviços de saúde em relação às regiões com condições mais favoráveis.

O atendimento odontológico na saúde indígena é realizado mesmo em locais sem estabelecimento de saúde, sendo que a situação de campo permite a realização de uma série de tratamentos, em especial o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) e extrações. No entanto, em algumas situações, o uso de equipamento odontológico é necessário, principalmente quando o tratamento requer o uso das canetas de alta e baixa rotação e do fotopolimerizador. De maneira geral, os DSEI do Amazonas apresentam uma densidade de equipamento odontológico por população menor do que quando comparado à média nacional. Enquanto no Amazonas apresenta uma média de um consultório para cada 1.515 indígenas, a média nacional SASISUS é de 1.047.

Devido às características da região amazônica e da dispersão populacional indígena, a maior parte das aldeias não possui estabelecimentos de saúde, os quais geralmente são equipados com consultório odontológico fixo, composto pela cadeira odontológica e demais equipamentos odontológicos periféricos (canetas de alta e baixa rotação, fotopolimerizador, autoclave, etc). Desta forma, os consultórios odontológicos portáteis e unidades móveis apresentam-se como equipamentos estratégicos para a

realização do atendimento odontológico em aldeias com baixa estrutura, como é o caso da maior parte das aldeias no Amazonas.

Quanto aos serviços especializados, os serviços protéticos, endodontia (tratamento de canal), periodontia e cirurgia odontológica, são os tratamentos que apresentam a maior demanda nos DSEI. Foi possível identificar que apenas 16,9% dos municípios que se encontram na área de abrangência dos DSEI do Amazonas dispõem de CEO. Este achado demonstra insuficiência na oferta dos serviços especializados nos municípios que compõem a rede de atenção nos DSEI do Amazonas.

A situação é ainda mais precária para os DSEI Alto Rio Solimões, Médio Rio Solimões e Afluentes e Vale do Javari, em que nenhum município dispõe de CEO credenciado. No que diz respeito à oferta de serviços laboratoriais para confecção de próteses dentárias, a situação no Amazonas é um pouco melhor do que quando comparado aos CEO, mas ainda está longe de ser suficiente ou ideal.

A presença do estabelecimento especializado no município não garante que a população indígena esteja acessando os serviços. O Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.663/2017, é um instrumento que, por meio de repasse financeiro da união aos municípios e estados, visa à implementação qualificada e equânime da assistência de média e alta complexidade para a população indígena. No Brasil apenas 13 estabelecimentos, entre CEO (n=6) e LRPD (n=7), estão credenciados ao recebimento do incentivo, sendo que nenhum deles está no estado do Amazonas.

B. Eixo Processo

A Primeira Consulta Odontológica Programática (COP) representa o primeiro atendimento, em que são realizados a avaliação das condições gerais de saúde e o exame clínico odontológico. O objetivo é a realização do diagnóstico e, necessariamente, a elaboração de plano preventivo-terapêutico.

Todos os DSEI com sede no Amazonas apresentaram aumento de cobertura entre 2016 e 2019, e queda acentuada em 2020. A redução em 2020 se deve aos impactos sofridos pela pandemia da covid-19 iniciada em 2020, principalmente pela suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, recomendada pelo Ministério da Saúde e SESAI como estratégia para minimizar a exposição e o risco de contágio.

A resolutividade do atendimento odontológico na atenção primária pode ser avaliada quando o usuário atendido tem suas necessidades de tratamento contempladas no que tange à atenção primária. Esta condição é considerada de tratamento odontológico básico concluído. O percentual de tratamentos odontológicos básicos concluídos permite identificar a proporção de indivíduos que realizaram a primeira consulta odontológica programática e tiveram a continuidade de atendimentos até a execução total dos planos preventivo-terapêuticos. Desta forma, permite mensurar a resolutividade do atendimento odontológico na atenção primária.

Os DSEI Parintins, Vale do Javari e Médio Rio Solimões foram os que apresentaram os menores valores de conclusão de tratamento nos dois últimos anos da análise; já os DSEI Alto Rio Purus e Alto Rio Solimões foram os que apresentaram os maiores valores. Observa-se que o consolidado dos DSEI com sede no Amazonas apresentou aumento de resolutividade no atendimento odontológico entre 2016 a 2020, passando de 50,46% em 2016 para 55,19% em 2020, valor este superior à média nacional de 51,13% em 2020.

O percentual de encaminhamentos odontológicos para a rede de referência em saúde bucal permite identificar em que grau a atenção primária está acessando os serviços especializados. O indicador mede o percentual de pessoas que fizeram a primeira consulta odontológica programática e foram referenciadas para a rede de referência do SUS. No geral, observa-se que os DSEI com sede no Amazonas referenciaram menos do total de DSEI no Brasil. O DSEI Manaus é o que mais encaminha pacientes para serviços especializados e o DSEI Javari o que menos encaminha - praticamente não referenciou pacientes para tratamento odontológico especializado no período (2016 - 2020).

O Brasil tem experimentado uma redução da cárie a partir da década de noventa (CURY, TENUTA *et al.*, 2004). A fluoretação da água, a expansão de programas preventivos nas escolas e especialmente o uso abrangente de dentifrícios fluoretados são discutidos como fatores relacionados a esta redução (NARVAI, FRAZÃO *et al.*, 1999).

A aplicação tópica de flúor e o dentifrício fluoretado apresentam-se como as principais fontes de flúor destes povos. Neste sentido, a política de saúde bucal desenvolvida pela SESAI, prevê a garantia do acesso aos povos indígenas aos benefícios do flúor, por meio da distribuição gratuita de dentifrício fluoretado 4 (quatro) vezes ao ano (BRASIL, 2007). Os DSEI do Amazonas estão longe da meta preconizada, sendo que a média de distribuição não alcançou valores superior a 2 (duas) distribuições anuais em nenhum ano, com exceção do DSEI Médio Rio Purus que alcançou a marca de 2,14 em 2019.

A realização da escovação dental supervisionada apresenta-se como uma importante estratégia de promoção da saúde. O indicador de média da ação coletiva de escovação dental supervisionada expressa a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde. Considerando que, na maior parte das vezes, a escovação dental supervisionada é feita com creme dental fluoretado, assim, este indicador também permite estimar a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentifrício.

O DSEI Alto Rio Solimões (DSEI ARS) foi o que apresentou o melhor desempenho de escovação supervisionada no período. O melhor desempenho pelo DSEI pode estar relacionado à maior oferta de profissionais auxiliares. Enquanto nos demais DSEI a relação é de um (1) ASB/TSB para cada dentista, o DSEI ARS dispõe de 13 ASB ou TSB a mais do que os 28 dentistas disponíveis. Este fator pode ter contribuído para a intensificação na realização de ações coletivas de educação e promoção da saúde.

Os DSEI Parintins, Vale do Javari e Alto Rio Purus foram os DSEI que apresentaram os piores desempenhos de escovação dental supervisionada, sendo os DSEI Parintins e Vale do Javari os valores são quase nulos, evidenciando baixa priorização de ações de promoção da saúde nesses DSEI.

No geral, os DSEI com sede no Amazonas apresentaram valores de média de escovação dental supervisionados superiores à média nacional do SASISUS. Tal constatação pode estar relacionada com a organização dos serviços, principalmente no que diz respeito às escalas dos profissionais, que são caracterizadas por períodos de entrada em área (cerca de 20 dias) intercalados por período de folgas.

Esta forma de organização faz com que a equipe se desloque até cada aldeia, e não raro, pernoite no local para o desenvolvimento das atividades de saúde, favorecendo a aproximação dos profissionais à comunidade indígena. E ainda, as menores disponibilidades de infraestrutura de estabelecimento de saúde e de consultórios odontológicos podem ser fatores que influenciam para a maior realização de ações de educação e promoção da saúde, do que quando comparado à localidades em que os profissionais permanecem por mais tempo na unidade de saúde, priorizando o atendimento clínico odontológico. E ainda, muitas vezes o estabelecimento de saúde serve de referência para um conjunto de aldeias, fazendo com que a população da aldeia ou de aldeias vizinhas se desloquem até o profissional para o atendimento.

6.3. Considerações gerais sobre saúde bucal no contexto indígena

Foi possível observar que houve aumento do acesso da população indígena, assistida pelos DSEI com sede no Amazonas, aos cuidados odontológicos na atenção primária entre 2016 a 2019, e queda em 2020, tanto dos indicadores referentes às atividades individuais de assistência quanto às coletivas de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Os DSEI com sede no Amazonas apresentaram, em média, uma baixa resolutividade da assistência individual, uma vez que cerca da metade da população atendida não teve seus tratamentos concluídos. Isto significa que essas pessoas não tiveram suas necessidades atendidas e permaneceram com alguma necessidade de tratamento odontológico, que poderia ser desenvolvido no âmbito da atenção primária.

Este achado aponta para a necessidade no desenvolvimento de estratégias que garantam que o usuário, uma vez atendido, tenha suas necessidades de tratamento sanadas. Pode-se lançar mão de algumas estratégias, como por exemplo: marcação de consultas de retorno, realização de busca ativa de usuários que não concluíram tratamento, a realização de maior número de procedimentos em uma única seção, aumento do número de odontólogos prestando assistência na mesma localidade, aquisição e uso de equipamentos odontológicos, entre outras.

No que diz a oferta aos serviços odontológicos especializados, observou-se baixo número de encaminhamentos pelos DSEI, sendo que, em parte, pode estar relacionado à ausência ou insuficiência de serviço especializado em alguns municípios na área de abrangência dos DSEI, em especial aos CEO e LRPD. E ainda, observou-se maior oferta de serviços especializados na capital do estado e municípios de maior porte.

Desta forma, faz-se necessário a adoção de estratégias que visem a ampliação da rede de atenção odontológica de média e alta complexidade, tais como: articulação com os estados e municípios para estabelecimento de fluxos assistenciais e definição das redes de atenção, credenciamento de novos estabelecimentos especializados, celebração de parcerias com instituições não governamentais (ONGs) que oferecem os serviços necessários, dentre outras.

Quanto aos serviços de promoção da saúde, observou-se que os DSEI não têm conseguido garantir o acesso da população indígena aos materiais básicos de higiene bucal, imprescindíveis para a prevenção dos principais agravos como a cárie e a doença periodontal. Desta forma, os achados desta avaliação apontam para a necessidade de que sejam criadas estratégias que garantam as quatro distribuições anuais de escova dental e de dentifrício fluoretado, bem como, que sejam intensificadas as ações de prevenção de agravos e de educação e promoção em saúde bucal.

O Amazonas apresenta oito (8) DSEI com sede no estado, sendo que os DSEI apresentam diferenças significativas na organização e oferta de serviços. Os DSEI Parintins e Vale do Javari foram os que apresentaram os piores

desempenhos. O baixo número de profissionais de saúde bucal no DSEI Parintins, a grande extensão territorial, dificuldade de acesso e deficiência na gestão e organização dos serviços no DSEI Vale do Javari podem ter contribuído para a baixa performance das ações de atenção primária.

Ademais, é oportuno destacar que a população indígena da região do Amazonas apresenta outros agravantes que influenciam negativamente o acesso aos serviços de saúde primários ou especializados, como por exemplo, o fato de apresentar grande dispersão demográfica, baixa densidade populacional, longas distâncias entre as aldeias e os centros de referências, acidentes geográficos que se apresentam como barreiras naturais dificultando a mobilidade da população e dos profissionais.

A pandemia da covid-19, iniciada em 2020, apresentou grandes impactos na oferta de serviços de saúde bucal, tanto pela recomendação do Ministério da Saúde e da SESIA de suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, como também pelo estabelecimento de barreiras sanitárias e a proibição de entrada de profissionais de saúde bucal em algumas aldeias pelos próprios indígenas, principalmente nos meses iniciais da pandemia.

É esperado que, com a redução do acesso aos serviços odontológicos observado em 2020, haja o agravamento das condições de saúde bucal da população indígena, com aumento da demanda reprimida e da necessidade de tratamento em 2021 e anos seguintes. Desta forma, faz-se necessária a adoção de ações e estratégias que visem mitigar os impactos negativos causados pela pandemia da covid-19 na saúde bucal da população indígena, principalmente no que diz respeito à ampliação da oferta de serviços odontológicos básicos e especializados, como o fortalecimento de ações de educação e promoção da saúde, e na garantia do acesso da população indígena do Amazonas ao material de higiene bucal.

7. Análise do Sistema de Saúde Indígena (1): resultado e discussão dos questionários

As práticas de atenção à saúde, tais como são desenvolvidas "na ponta" pelas equipes de saúde, devem executar as diretrizes institucionais e atender as necessidades sentidas e demandadas pela população durante todo seu ciclo de vida.

Demonstramos no relatório "Diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica", terceiro produto desta consultoria, os resultados da análise de morbidade e mortalidade realizada com os seguintes dados das variáveis: Consulta, Diagnóstico em saúde e doença, e Causas básicas de mortalidade. Observamos, pela qualidade dos dados obtidos e não apenas pelo seu resultado em si, que não é uma prática do sistema de saúde realizar as análises dos fatores restritivos da oferta e da demanda aos serviços de saúde.

Segundo as patologias que compõem o perfil epidemiológico indígena, podem ser inferidas diferentes características qualitativas da eficiência do sistema de atenção, a partir dos princípios de saúde pública e dos processos fisiopatogênicos. Neste sentido, foi evidenciada a alta prevalência de doenças infecciosas, assim como das doenças crônicas degenerativas, especialmente as que afetam o sistema osteomuscular. Ambas apresentam uma associação multicausal, causadas, principalmente, pelas condições socioeconômicas e ambientais nos territórios de residência da população. Este fator é ainda agravado pela insuficiência das relações entre sistema oficial de saúde e dinâmicas culturais das etnias.

Uma variável importante no desempenho dos sistemas de saúde foi a alta prevalência de consultas que não tiveram diagnósticos etiológicos de causalidade de doenças. Isto pode ser explicado pela diversidade da capacidade profissional de diagnóstico: do total de diagnósticos, 38,05% foram realizados por médicos, 42,57% por enfermeiras, e aproximadamente 20% por

outros profissionais e por Agentes Índigenas de Saúde (AIS). Ainda, identificamos que dentre a população que realizou consulta no ano de 2018, foram limitadas e insuficientes para identificar o diagnóstico etiológico de determinadas patologias.

Feito esse resgate bem generalizado sobre os resultados da análise de dados, procuramos então obter uma compreensão da organização e funcionamento da saúde indígena no Amazonas, a partir das opiniões e dificuldades observadas e sentidas pelos gestores locais (Coordenadores de DSEI e Polos Base). Esta qualificação da situação a partir do interior do sistema de saúde, ou seja, pelos gestores mais próximos da população atendida, é fundamental; pois essa informação proporciona um conhecimento geral do desempenho e resultados do sistema, uma perspectiva que os dados numéricos não nos oferecem e representa, para esse nosso estudo, informações sobre o uso efetivo do sistema.

A descrição da metodologia utilizada para construção, aplicação e análise dos questionários estão descritas no Anexo 5. De maneira resumida, informo que utilizamos os os resultados preliminares da análise de morbimortalidade para elaborar hipóteses que então foram sugeridas em uma enquête baseada no modelo Likert. Este modelo consiste em uma série de frases (que podem ser afirmativas ou negativas) sobre determinados temas, que se constituem como variáveis de análises, sobre as quais se qualifica uma resposta segundo sua concordância ou discordância com a frase em uma escala de 1 a 7 pontos. Foi aplicada na amostra final constituída por 10 gestores de Polos Base de diferentes DSEI no estado do Amazonas. Foram incluídas 51 frases no desenho final da enquête que explora a situação dos seguintes componentes do sistema de saúde:

- Equipes Multidisciplinares: refere-se a percepção sobre a quantidade de profissionais disponível para prestar a atenção assim como a formação complementar para melhoria da qualidade diagnóstica – terapêutica.

- Atividades programáticas de atenção básica: explora sobre o desempenho de programas orientados a prevenir, diagnosticar e tratar patologias básicas, em especial àquelas apresentadas na infância, mas também infecções transmissíveis. Além disso, foram abordados os temas de controle pré-natal, imunizações e medicamentos receitados.
- Sistema de informação: indaga sobre a coleta de dados de consultas e procedimentos, o registro dos dados no SIASI, sua transmissão eletrônica e o fluxo com o Município para registro no SINAN, assim como o monitoramento dos digitadores e controle de qualidade da informação.
- Atenção à saúde: Procura especificar as características dinâmicas dos processos, desde os princípios epidemiológicos para o planejamento, a procura ativa de casos nos domicílios que inclui a atenção do núcleo familiar e não exclusivamente do “caso” clínico, assim como o trabalho participativo com a população e acompanhamento dos pacientes. Foram incorporadas questões de controle sobre as atividades programáticas relacionados à importância das atividades de prevenção, o compartilhamento de conhecimentos das EMSI, assim como de duas patologias com possíveis subregistros significativos.
- Saneamento: Considerando a incidência das doenças infecciosas e sua correlação com a saúde ambiental, foram abordadas questões sobre saneamento, aspectos relacionados à higiene e medidas preventivas no uso da água. Além disso, questões relacionadas às normas que tratam sobre potabilidade da água, da coleta e disponibilidade de resíduos sólidos, assim como os AISAN e AIS que realizam ações de educação em saúde e ambiental.
- Gestão do Polo Base: Constitui um aspecto fundamental, considerando que a atenção à saúde nas aldeias constitui a porta de entrada ao SUS.

Neste sentido, o nexo com a gestão Municipal é fundamental para a condição de saúde territorial. Nesta seção, procurou-se conhecer mais sobre a articulação interfederativa e com a comunidade para o controle de vetores, as propostas de sistemas de saneamento, assim como dos arranjos institucionais para os fluxos de referência e contra referência de pacientes a níveis de maior complexidade de atenção. Ainda, foram abordadas questões sobre logística para transporte das equipes de saúde, controle de estoque e fluxo de medicamentos entre o Polo Base e os Postos de Saúde Indígena, monitoramento da coleta de amostras biológicas, exames de laboratório, e acompanhamento de exames complementares.

- Controle Social: Foram abordadas questões sobre a manutenção de reuniões periódicas com o Conselho Local de Saúde.
- Atenção Integrada: Foram exploradas opiniões sobre o funcionamento da atenção continuada e ininterrupta na Média e Alta Complexidade, tais como sua capacidade, oportunidade de atenção, adequação cultural e resolutividade. Também abordamos sobre o funcionamento do Sistema de Regulação (SISREG).

Ainda que os arranjos locais sejam estabelecidos pelo DSEI no nível regional, o papel da gestão do Polo Base é fundamental para estabelecer a factibilidade de funcionamento entre os níveis de organização e funcionamento local entre a saúde indígena e a gestão da saúde municipal. Por isso, solicitamos aos coordenadores de pólo base para que respondessem os questionários.

Um dos exemplos mais exitosos na atenção básica na saúde indígena são as coberturas de imunizações. Destaca-se que os produtos imunobiológicos são fornecidos, em maioria, pelos Municípios diretamente aos Polos Bases. Quando os Pólos Bases estão localizados na sede

administrativa dos municípios, alguns fatores facilitam o processo de trabalho para imunização, como a disponibilidade da infraestrutura das redes de frio.

Sobre o inquérito, o resultado total obtido das opiniões de dez gestores dos Polos Base, sobre todos os componentes do sistema de saúde, é apresentado no gráfico seguinte:

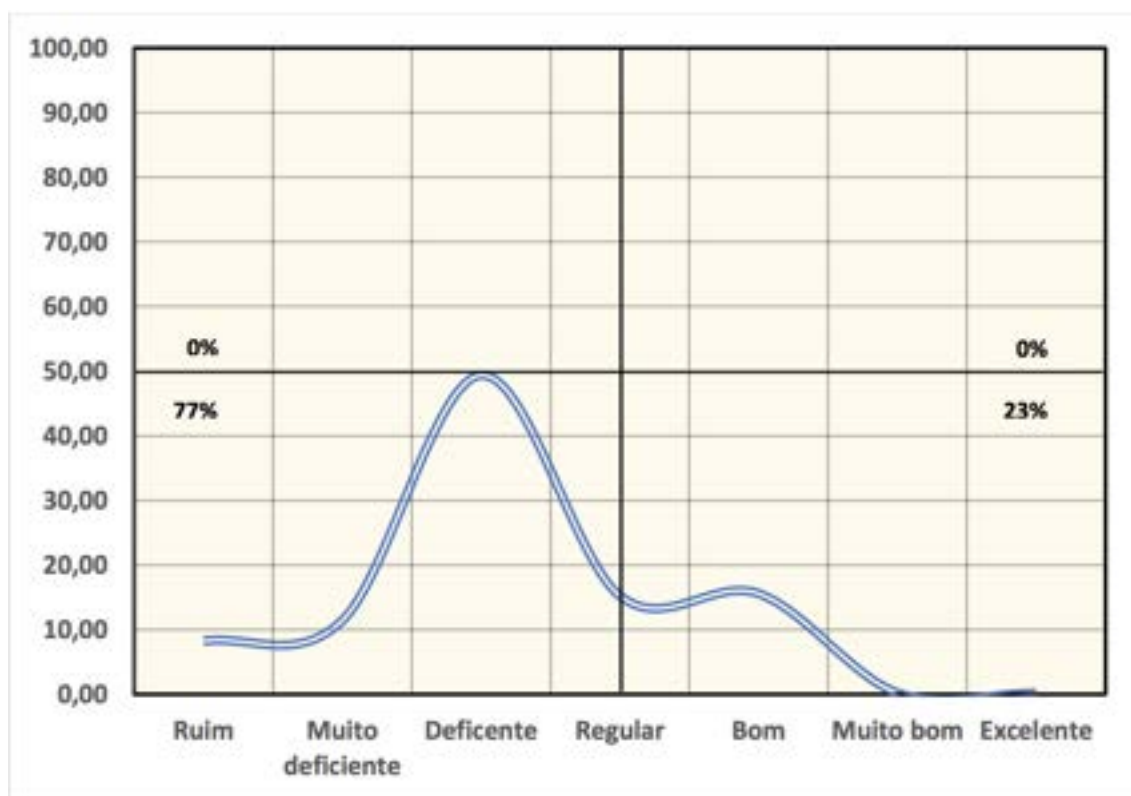


Gráfico 3: Curva de qualificação segundo variáveis (n=51) agrupadas em componentes (n=7) do sistema de atenção à saúde indígena, em 10 Polos Base dos DSEI do estado do Amazonas, 2020.

Do total de pontos, 77% ocupam o quadrante de qualificação negativa; a variável “Deficiente” constitui a variável ordinal mais importante, 49,3%. Nos valores positivos, observam-se apenas 23%, dos quais 15,5% correspondem à variável “Bom”.

A partir desta qualificação global (todos os componentes do sistema), são explorados os resultados por todos os componentes de análise do sistema, que permitem objetivar suas particularidades entre as qualificações

dos gestores, visando observar as necessidades que se constituem como demandas para superar as restrições da oferta de atenção por parte do sistema.

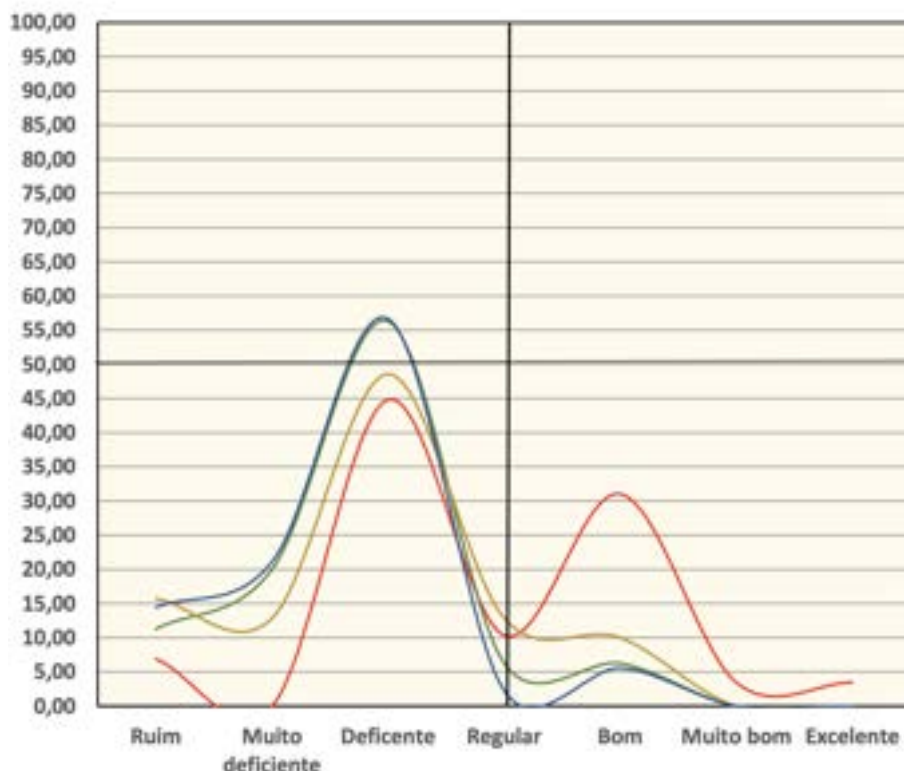


Gráfico 4: Curva de qualificação segundo variáveis dos componentes (n=4) do sistema de atenção à saúde indígena, em 10 Polos Base dos DSEI do Estado de Amazonas, 2020.

Equipes Multidisciplinares —
 Atividades programáticas de atenção —
 Sistema de informação —
 Atenção à saúde —

A categoria “Equipes Multidisciplinares” tem uma percepção predominantemente **positiva** quando relacionada à **quantidade de profissionais disponíveis para prestar atenção à saúde**. Destaca-se que a qualificação excelente é a única observada em todas as categorias de análises, mas a qualificação de “Bom” foi a mais elevada (31,03%). Segundo os registros

de consultas foram contabilizados 1.271 profissionais de atenção à saúde, correspondentes a 18 categorias profissionais, que inseriram informações no sistema. Os mais numerosos são os Agentes Indígenas de Saúde (n= 351, 27,62%), as Enfermeira(o)s (n=309, 24,31%), e os Médicos (n=113, 8,89%).

Quando se trata da **formação complementar** para desempenhar seu trabalho com eficácia, na sua grande maioria foi qualificada como **“Deficiente”**, assim como para atualização permanente de conhecimento e práticas dos AIS. Nesta mesma categoria, três Polos Base consideram que não tem profissionais suficientes para atenção à saúde. Ressalta-se que as **observações sobre a formação profissional coincidem com as observações sobre a qualidade dos atendimentos realizados na análise de morbidade.**

As qualificações sobre as **“Atividades programáticas de atenção”** são predominantemente **“Deficientes” (56,25%)**, e considerando as categorias Ruins e Muito deficientes (31,25%), identificam este componente do sistema como **o segundo total mais importante (90,6%) que ocupa o quadrante negativo, após o componente “Atenção à saúde”**. As variáveis deste componente têm patamares de valores semelhantes, inclusive até quando recebem a qualificação de “Ruim”. Destaca-se que, apesar da importância das taxas de cobertura de imunizações em todos os DSEI, estas atividades também foram qualificadas como “deficientes”.

Estas observações dos gestores locais têm uma alta correlação com as análises de morbidade e mortalidade e tem alta relevância, já que os programas indagados estão orientados principalmente à primeira infância, e secundariamente, ao controle pré- natal.

A evidência epidemiológica que identifica o problema prioritário das doenças infecciosas, assim como a procura de prevenção, diagnóstico, tratamento e resolutividade, **colocam em questão a proposta de modalidades programáticas formuladas desde o nível federal que não respondem à definição da Lei Arouca relacionados à integralidade da atenção.** Estes programas apresentam metas e metodologias que requerem uma avaliação de

sua pertinência e validade, tendo como marco de referência as características socioculturais e seus benefícios percebidos e sentidos pela população e não apenas indicadores de produção, especialmente quando se observa a persistência secular e prevalência das doenças infecciosas no perfil de morbidade. Deste modo, indaga-se: os programas de atenção básica têm impacto sobre o perfil epidemiológico dos povos indígenas?

As observações dos gestores do Pólos Base assinalam as deficiências na implementação das estratégias e atividades, ou seja, **a disponibilidade de profissionais de saúde não é uma condição suficiente para garantir a mudança do perfil epidemiológico**. Como foi evidenciado na análise das consultas ao sistema de saúde, a razão de consultas per capita não permitem obter, satisfatoriamente, um diagnóstico etiológico na totalidade de casos clínicos, e sem dúvida é necessário o acompanhamento continuado do paciente para monitorar o tratamento que garanta a resolutividade dos casos. Ou seja, as condições para efetivar as contribuições da medicina ocidental às populações indígenas requerem ainda um esforço significativo. É necessário mais conhecimento sobre a heterogeneidade das sociedades e das culturas, especialmente dos paradigmas nativos das concepções de saúde, para que assim haja formulação de modelos de atenção que efetivamente contribuam na resolutividade dos problemas de saúde.

Em relação ao Sistema de informação, 83,57% das qualificações são negativas e quase 49% foi considerado “deficiente” e aproximadamente 16% foi “ruim”. Os problemas fundamentais identificados foram: subregistro nos instrumentos de consultas, no SIASI e nos formulários do SINAN³⁶, assim como a falta de monitoramento no registro de dados e controle de qualidade da informação. Apenas 10% recebem a qualificação de “Bom”, relacionados aos registros das atividades dos AIS e a transmissão eletrônica de dados.

36 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I).

A categoria **“Atenção à Saúde”** é complementar às “Atividades programáticas de atenção” no sentido da organização e funcionamento do sistema de saúde. Esta categoria incorpora modalidades de atenção comunitária na procura ativa de casos que vão além da perspectiva exclusivamente clínica realizada nos estabelecimentos de atenção institucional. Quando se observam as respostas, **91,50% são valores negativos**; dos quais 57% são considerados como “deficientes”. Na qualificação “Ruim” (13%), destaca-se que as EMSI não desenvolvem um trabalho participativo com a população, não se faz o acompanhamento dos pacientes e não são priorizadas as atividades de prevenção. Por outro lado, quando realizam atividades domiciliares, estas se limitam ao paciente e não se faz um exame nos outros membros da família. Isto constitui uma perda de oportunidade para realizar diagnósticos precoces e tratamentos oportunos, especialmente em um contexto da alta prevalência de doenças infecciosas.

Outro aspecto fundamental indagado foi sobre duas patologias de possível alto subregistro: **sífilis e tuberculose**. Os gestores classificaram a disponibilidade de insumos para o diagnóstico e o tratamento, assim como a eficácia das estratégias e atividades, como “muito deficiente” e “ruim”.

Dentro das qualificações positivas na categoria “Bom” (7%), quatro Pólos Base reconhecem a prática de atendimento domiciliar. Em apenas um caso se tem um trabalho mais participativo com a população e em dois Pólos reconhecem a disponibilidade de insumos para diagnóstico e tratamento das patologias mais frequentes.

No gráfico seguinte, são apresentadas as curvas relacionadas à Gestão do Pólo Base, Atenção Integrada e Saneamento.

O componente do sistema “Gestão do Polo Base” foi explorado em duas perspectivas: aquelas que estão associadas à articulação com a Gestão Municipal, para controle de vetores, as propostas de sistemas de saneamento, assim como dos arranjos institucionais para os fluxos de referência e contra referência de pacientes à níveis de maior complexidade de atenção. Além

disso, foram sugeridas outras hipóteses de "Gestão" as quais estão diretamente ligadas à Atenção da Saúde, como logística, fluxo de medicamentos, coleta de amostras biológicas, exames de laboratório e exames complementares.

A maioria das opiniões dos Gestores dos Polos Base identifica como “Deficiente” (46%) todas as variáveis de análise deste componente do sistema, ou seja, quase a metade expressa a insatisfação na eficácia e resultados obtidos nas ações que dependem da associação entre estas instâncias de gestão.

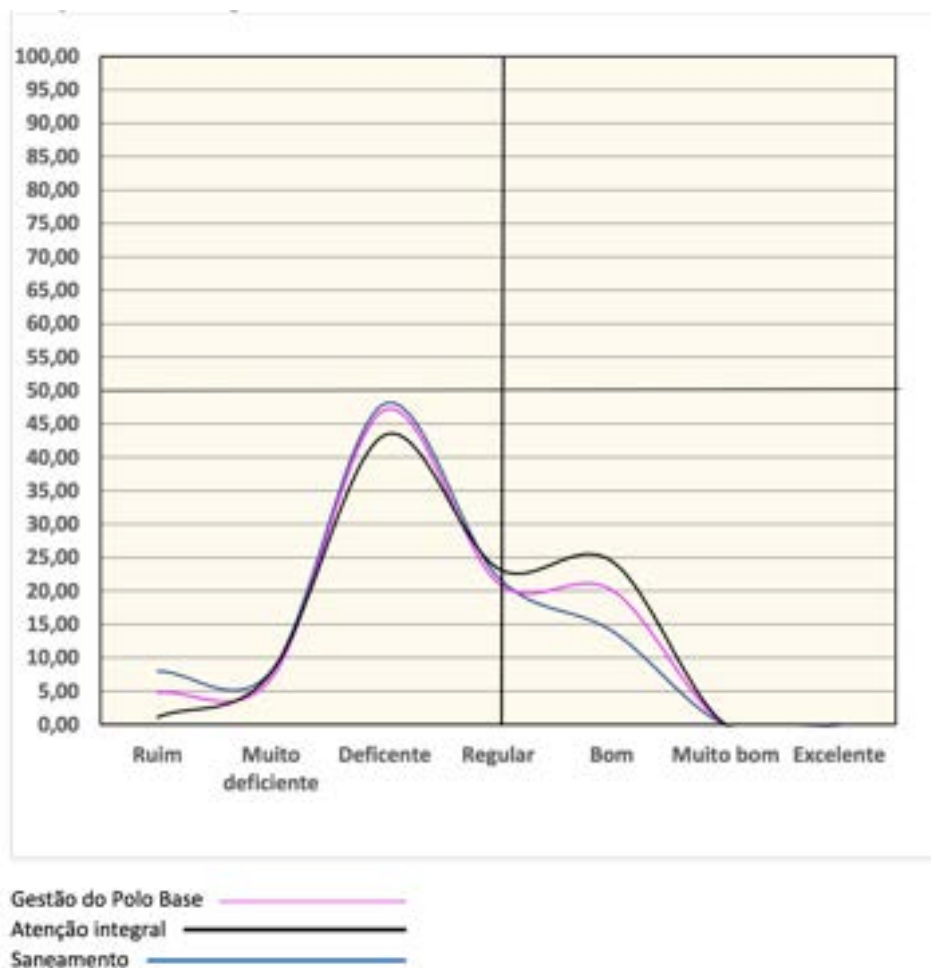


Gráfico 5: Curva de qualificação segundo variáveis dos componentes (n=3) do sistema de atenção à saúde indígena, em 10 Polos Base dos DSEI do Estado de Amazonas, 2020.

Cabe destacar que quase a metade dos gestores dos Polos Base não teve reuniões de articulação com a gestão municipal em relação ao controle de vetores, assim como para a articulação dos processos de referência e contra referência de pacientes.

Em relação à “Gestão do Polo Base” para suporte da atenção, destacam-se as dificuldades para acompanhamento dos exames complementares, as deficiências de fluxo de medicamentos, e em mais da metade dos Polos Base se reconhece as limitações das condições dos Postos de Saúde para prestar atenção básica de saúde. De todas maneiras, a qualificação de “Bom” nos Polos é uma das mais elevadas de todas as variáveis de análise do Sistema de Saúde.

O total de qualificação de este componente é de 63,41% no quadrante negativo.

O componente “Atenção integrada” agrupa as variáveis fundamentais do vínculo entre o Subsistema de Saúde Indígena com o SUS a nível Polo Base – Município. A qualidade da organização e funcionamento depende dos arranjos institucionais estabelecidos, especialmente na procura da eficiência dos fluxos que garantam a acessibilidade a atenção clínica de serviços de média e alta complexidade.

Do total de valores negativos (63,72%) da Atenção Integrada, 43,33% correspondem à qualificação “Deficiente” e quase ¼ (um quarto) do total das respostas (24,44%) foi considerado como “Bom”.

Estes valores são semelhantes aos observados anteriormente. **Os valores de maior frequência negativa estão associados com as variáveis de acessibilidade aos serviços de média e alta complexidade**, pelo fato de que não oferecem atendimento adequado às diversidades culturais e sociais, e além disso, a assistência é descontinuada. Porém, os gestores reconhecem uma boa resolutividade das demandas por consultas e exames. Um aspecto positivo refere-se à agendamento no Sistema de Regulação (SISREG).

As duas últimas categorias de análises apresentam uma variabilidade nos resultados obtidos nas articulações entre os gestores dos Polos Base e dos Municípios. Sem dúvida, há a necessidade de uma avaliação específica destas interfaces institucionais, assim como das capacidades instaladas e da qualidade das respostas às necessidades da população.

Os perfis de morbidade (Produto 3) e qualificação dos serviços ofertados por meio do inquérito realizado pelos gestores dos Polos Base evidenciam problemas que o subsistema de saúde indígena não consegue superar, como é o caso da falta de acessibilidade cultural dos serviços de saúde. Ademais, os esforços para ter impactos que permitam mudar o perfil epidemiológico quantitativamente e qualitativamente são significativos porém na direção errada; pois como vimos pelo diagnóstico da situação de saúde realizado por meio da análise de consultas, há um grande problema de acompanhamento das doenças infecciosas e mesmo com a produtividade dos programas de atenção básica em alta, este perfil tende a não mudar. Acredito que isto se dá pelo fato de não conceber a pessoa indígena e sua coletividade de forma integral, como prevê a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), e sim como partes divididas em programas.

Em termos da análises de sistemas de saúde, as condições de continuidade entre níveis de atenção encontram fatores restritivos que comprometem a eficiência da atenção à saúde da população. Por outro lado, os espaços institucionais de gestões interfederativas não conseguem estabelecer o necessário vínculo para garantir a unicidade do sistema de saúde. Este fato demonstra que os níveis de atenção nos diferentes âmbitos federativos possuem pouca organicidade e articulação entre eles.

8. Análise do Sistema de Saúde Indígena (2): resultado e análise das entrevistas coletivas

Com o objetivo de compartilhar e discutir acerca dos resultados obtidos na primeira fase desse estudo - análise de dados primários na saúde indígena-, foi realizado um encontro virtual no dia 24 de fevereiro de 2021 com lideranças de associações indígenas que atuam na Amazônia. A seguir, apresentaremos os principais aspectos levantados e faremos uma correlação e análise das falas à luz dos resultados obtidos até o momento.

Além da Equipe FAS e consultores, participaram da reunião como convidados:

1. Sr. André Baniwa - liderança Rio Negro
2. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Sr. Nilcélio Jiahuí e Sr. Luiz Penha
3. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) - Sra. Janete
4. Associação das Mulheres Indígenas do Médio Solimões e Afluentes (AMIMS) - Sra. Ercília
5. Associação Indígena Kuikuro do Alto Xingu (AIKAX) - Sr. Yanama Kuikuro

O encontro foi conduzido por meio da utilização de metodologia de entrevista semi-estruturada. Para tanto, foi utilizado um roteiro orientador apresentado no Anexo 9.

A representante da FOIRN, Sra. Janete Baré, ressaltou problemas constantes como a Malária e a Dengue, contudo, afirma o impacto da pandemia nas comunidades do Rio Negro sendo a principal causa de morbidade e mortalidade no último ano. Para ela, as parcerias interinstitucionais foram fundamentais, pois conseguiram adquirir respiradores, alimentos e outros insumos por meio delas. Estão com receio de uma nova onda de infecções generalizadas e ressentem as constantes quedas de energia, o que prejudica o funcionamento dos concentradores de ar.

"(...) depois que chegou essa pandemia, a gente perdeu muitos parentes e continuamos perdendo. A gente tem muito muita problema com queda de energia e a gente vai perdendo os parentes com essa falta de energia no início da segunda, pois o concentrador de oxigênio não funciona sem energia".

Outro aspecto relevante apontado pela Sra. Janete é em relação aos aspectos interculturais no atendimento aos indígenas:

"a gente acha muito importante esse atendimento diferenciado para os nossos parentes porque muita das vezes a equipe chega e não comunica direito o que que vai fazer. (...) aí a gente pensa muito em uma liderança uma que acompanhasse essa equipe de saúde para poder explicar direito no nosso linguajar que os nossos parentes eles não entendem direito português e a gente valoriza muito as línguas indígenas".

A questão do atendimento diferenciado foi apontado no estudo anterior como uma das maiores debilidades na execução da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas. O sistema de saúde indígena é considerado “especial” principalmente porque se espera que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteados planejamento e avaliação de saúde, além de ser característica fundamental na abordagem com a população indígena. Se estas características não estão expressas na gestão dos DSEI, não há meios de estruturar este princípio nas ações cotidianas.

A questão das *fake news* e vacinas é, atualmente, um grande problema para as comunidades do Rio Negro, por isso, as lideranças estão fazendo um trabalho mais próximo às comunidades para que a população possa tomar a vacina sem medo. Enfatizam a importância da participação de lideranças no planejamento e execução das ações de saúde.

A Sra. Janete enfatizou que nas comunidades do Rio Negro faz-se bastante uso de práticas e cuidados de conhecimento popular e de medicina

tradicional, mas acha que é necessário fortalecer a tradição, ainda mais que esta é uma prioridade da PNASPI.

A Sra. Ercília, do Médio Rio Solimões, aponta a malária e a desnutrição infantil como os principais fatores de adoecimento e morte em sua região. O quadro se agrava pelo número crescente de aldeias descobertas de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e pela precariedade estrutural dos Pólos Base. Muitas vezes, os AIS têm que usar seu próprio meio de transporte para levar o paciente até o Polo ou cidade. Devido a situação de isolamento que se encontram, os AIS precisam de maior autonomia e formação para executar suas tarefas.

Outro problema bastante enfatizado pela Sra. Ercília é a situação de alcoolismo entre algumas etnias, como citou o caso dos Madjá (Kulina). Para ela, é urgente que se façam projetos e trabalhos com essa comunidade, pois o uso abusivo de álcool combinado com outras enfermidades têm deixado a população Madjá em situação de emergência.

Por fim, a Sra. Ercília ressaltou um ponto importante: os municípios necessitam também incorporar a PNASPI. Apesar dos avanços da política, ela ainda é vista como uma política orientadora para os DSEI quando, na verdade, a PNASPI orienta o SUS e todos os entes federados como deve ser a atenção à saúde destinada aos povos indígenas.

O Sr Luiz Penha, da COIAB, iniciou sua fala enfatizando a importância das doenças tropicais no perfil de morbidade indígena:

"Malária é recorde atrás de recorde é na Amazônia brasileira. Ainda mais quando se faz uma correlação com outras problemáticas como um garimpo ilegal e questão de desmatamento. (...) Em São Gabriel da Cachoeira, por exemplo, foram 19000 casos de malária só no ano passado. Eu não sei se as pessoas acham que é normal, mas é como um parente que falou aí mais cedo, é um problema muito sério".

Além da questão da malária e dengue, ressaltou a leishmaniose e tuberculose como grandes problemas na Amazônia. Ainda enfatiza a

dificuldade no tratamento e falta de qualificação dos AIS para lidarem com essas doenças. Além da questão das doenças tropicais, chamou a atenção para o aumento de pessoas hipertensas e diabéticas decorrentes da entrada de alimentos industrializados nas aldeias. Finalizou sua fala corroborando com outros participantes sobre a importância de levar em consideração a cultura para elaboração de atividades de educação em saúde, tendo em vista os desafios que as diferentes línguas indígenas impõem.

O Sr. Yanama Kuikuro vive no Parque Indígena do Xingu, no cerrado brasileiro, e por isso trouxe um quadro de saúde um pouco diferente dos demais participantes, o que nos ajudou a refletir sobre os problemas amazônicos e o que podemos aprender com povos de outras regiões. Primeiramente, o Sr. Yanama destacou a importância das doenças infecciosas respiratórias em suas comunidades e que os problemas de verminose e parasitárias ainda são uma constante. Contudo, cada vez mais, têm aparecido casos de AVC e câncer no Xingu, o que juntos são as principais causas de mortalidade em sua percepção. Enfatiza a falta de médicos nas aldeias, mas procuram permanecer nas aldeias pela falta de humanização nos Hospitais.

Os aspectos destacados pelo Kuikuro são bastante semelhantes àqueles observados no diagnóstico realizado e nas falas dos representantes indígenas do Amazonas. Porém, o que nos chamou à atenção foi o protagonismo da comunidade no controle da pandemia de COVID-19. Segundo Kuikuro, as comunidades fizeram seus próprios protocolos e barreiras sanitárias, o que contribuiu sobremaneira para evitar o avanço da doença em seus territórios.

Ao fim do encontro, os participantes sugeriram provocar um debate com representantes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) acerca das melhores recomendações e sugestões para melhorias na saúde indígena.

9. Considerações sobre políticas de saúde na Amazônia e participação da sociedade civil

As parcerias entre o Estado e as organizações da sociedade civil são fundamentais, pois possuem o potencial de aproximar pessoas e realidades locais às políticas públicas. Além disso, elas possibilitam a solução de problemas sociais específicos de forma criativa e inovadora. Sendo assim, o SUS na Floresta é um projeto audacioso que busca incorporar as pautas institucionais da FAS à agenda de saúde pública. Apresentarei a seguir um caminho de parceria entre Sociedade Civil e SUS visando o aprimoramento das políticas de saúde pública na Amazônia.

A Constituição do Brasil garante a participação das organizações sociais na formulação e implementação de políticas em diversos dispositivos, como, por exemplo, a previsão de participação da sociedade civil em áreas como assistência social, saúde (art. 199), educação (art. 205), cultura (art. 216), defesa do meio ambiente (art. 225), criança e adolescente (art. 227). Seja na promoção de direitos, seja na prestação de serviços socioculturais, há alicerces constitucionais para a atuação de organizações da sociedade civil no país em colaboração com o Estado. Segue, na íntegra, o que diz o Art. 199 da Constituição Federal a respeito da assistência à saúde e participação da iniciativa privada:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante,

pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Ressalta-se que a atuação privada, por assumir caráter de participação complementar no SUS, fica obrigada à observância dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei no 8.080, de 1990 e em observância aos arts. 24 a 26 que limitam as ações das OSC às , situações em que *as disponibilidades dos órgãos e entidades públicos forem insuficientes* para garantir cobertura assistencial à população sob sua área de abrangência.

A lei 13.204, de 2015, regulamenta as parcerias entre a administração pública e as organizações privadas. A principal motivação do regime jurídico de parcerias está orientada pelo fato de que a incidência, o impacto e a riqueza das organizações da sociedade civil na execução de políticas públicas precisam ser acompanhados de um quadro normativo que reconheça e valorize o trabalho das organizações à altura dos desafios da democracia brasileira.

Por isso, é necessário um ambiente mais favorável que estimule a potencialidade da sociedade civil organizada, garantindo a:

- plena participação;
- transparência na aplicação dos recursos públicos;
- efetividade na execução dos projetos;
- inovação das tecnologias sociais.

De acordo com o atual marco jurídico, o conjunto de direitos, responsabilidades e obrigações decorrentes de relação jurídica estabelecida formalmente entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, podem ser formalizadas mediante a execução de atividade ou de projeto expressos em:

- Termos de *colaboração* - utilizado nos casos em que a iniciativa da parceria for da Administração Pública;

- Termos de fomento - quando a proposição da parceria partir da OSC;
- Acordos de cooperação - no caso de parcerias que não envolvam a transferência de recursos financeiros, entre a administração pública e OSCs.

Também está prevista a participação da sociedade civil em outras ações e atividades que não tem como objetivo a complementaridade da assistência à saúde, como, por exemplo, o desenvolvimento de atividades de pesquisa e desenvolvimento na área da saúde ou programas e projetos de educação da população, visando à promoção da saúde.

Considerando que a FAS tem objetivos voltados à promoção de atividades e finalidades de relevância pública e social, ampla experiência e atuação na Amazônia, além de outros requisitos necessários para celebrar termo de colaboração ou de fomento com o Poder Público e considerando os objetivos do SUS na Floresta, iniciativas de atividades e projetos, muitos deles, inclusive já em andamento, podem ser objetos de parceria formal com municípios amazônicos.

O Programa Saúde na Floresta já é um passo importante em direção ao fortalecimento do SUS, bem como suas ações dialogam com os problemas e sugestões destacadas nesta consultoria. Dentre os eixos e ações do programa, destacam-se:

- 1) **Telessaúde:** a FAS instalou pontos de internet em várias localidades remotas e com isso, profissionais e pacientes puderam se orientar, além de facilitar webpalestras para agentes comunitários de saúde;
- 2) **Transporte:** a FAS disponibilizou transporte de urgência e emergência para as comunidades, por meio da aquisição de ambulanchas e canoas para ACS e cota de combustível. A seguir, apresentamos uma tabela de distribuição de lanchas nos territórios de atuação da FAS;

<i>Território</i>	Funcionando	Não está funcionando
APA do Rio Negro	1	
FE de Maués	8	1
RDS Amanã	6	10
RDS Canumã	4	
RDS Cujubim		1
RDS de Uacari	1	1
RDS do Juma	2	1
RDS do Piranha	1	
RDS do Rio Amapá	2	
RDS do Rio Madeira	7	
RDS do Rio Negro	2	2
RDS do Uatumã	11	2
RDS Mamirauá	9	6
RDS Piagaçu-Purus	12	
RDS Puranga Conquista	2	
RESEX Catuá Ipixuna	1	2
RESEX do Rio Gregório		1
TI Kwatá-Laranjal	1	
Total geral	70	27

- 3) **Capacitação:** Em parceria com prefeituras, Estado e outras instituições, a FAS contribui para a qualificação profissional de ACS e de outros profissionais da atenção básica;
- 4) **Primeira Infância Ribeirinha:** A FAS desenvolve há vários anos e em diversos municípios, capacitações e orientações aos ACS de comunidades ribeirinhas em ações de atenção primária voltadas para saúde materna e infantil. No âmbito desse projeto, foi desenvolvido um guia de orientação para os ACS. Ainda, o PIR serviu como fundamento para a formulação e aprovação de uma lei estadual sobre a Política Pública de Primeira Infância Ribeirinha;
- 5) **Pesquisa em Saúde:** Fomento para estudos que gerem propostas de aperfeiçoamento do SUS e políticas públicas de saúde voltados para população ribeirinha e indígena, tais como esta consultoria.

Considerando as ações já realizadas e em andamento, o projeto SUS na Floresta pretende-se ir além, propondo soluções e serviços em saúde conectados às necessidades das populações amazônicas e ao mesmo tempo trazendo essas particularidades para as políticas públicas de saúde, impactando nos serviços ofertados pelo SUS.

Na seção seguinte, apresentaremos um quadro que indica recomendações que podem ser incorporadas diretamente pela FAS em projetos em parceria com municípios e DSEI, bem como indiretamente por meio de *advocacy* e outros instrumentos de participação popular.

10. Quadro síntese de necessidades e recomendações

O quadro apresentado abaixo tem como objetivo elencar, de forma sintética, as necessidades e recomendações preliminares no âmbito desta consultoria. Um quadro mais detalhado está disponível no link: <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1zKTW6Ah8zwQ0EZECbd2bkoskYB8Jh4KVPZ2YLPtPYVM/edit?usp=sharing>. A planilha de necessidades e recomendações pode ser editada pelos membros do comitê.

Observa-se, contudo, que uma versão mais elaborada das recomendações será objeto do próximo produto.

TEMA	NECESSIDADE	RECOMENDAÇÃO
UBSF - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL	UBSF funcionando, com periodicidade, em todas as áreas rurais ribeirinhas, tornando-a mais sustentável	<i>Advocacy</i> para co-financiamento por parte do Governo do Estado do AM
		Implantação de tetos solares para captação de energia elétrica
		Parcerias para otimização de custos (ampliação de serviços de saúde e outros, cooperação com Universidades e ONGs)
		Criar fundo para manutenção (Estado + parcerias)
	UBSF equipadas com laboratórios para pronto diagnóstico e/ou coleta	Buscar investimentos para

		equipamentos de diagnóstico a distância
TELESSAÚDE	Implantar e regulamentar serviços de telessaúde em áreas remotas	Ampliar pontos de internet, inclusive em UBSF
		Regulamentar as teleconsultas levando em consideração as características amazônicas
		Estabelecer parceria com Hospitais e Universidades
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NA AMAZÔNIA	Incrementar o recurso disponível para se fazer saúde em áreas remotas da Amazônia	Participação do Estado do AM no co-financiamento da Atenção Básica
		Elaborar, junto ao Ministério da Saúde, indicadores de desempenho diferenciados para a região amazônica. <i>Advocacy</i> para revisão do Programa Previne Brasil
		Parcerias por meio de termos de cooperação com sociedade civil
SAÚDE BUCAL	Continuidade das ações	Ampliar a periodicidade das de

		atendimentos pelas UBSF
		Diferenciação salarial para profissionais que atuam em áreas rurais remotas
	Qualificação de técnicos, assistentes de SB e ACS para educação em saúde	Promover capacitações periódicas
	Maior oferta e acesso de serviços especializados	Ampliar a rede de CEOS nos municípios do interior
		Fornecer auxílio deslocamento aos usuários ribeirinhos
		Parcerias com universidades e outros serviços nas UBSF
		Saúde Indígena: municípios devem se credenciar para receber o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
		Realizar mutirões para prótese dentária (ONG Doutores sem Fronteira, por exemplo)

	Realização de inquéritos epidemiológicos sobre saúde bucal ribeirinha	Fomentar parcerias com universidades, ongs ou instituições públicas, como Fiocruz
Planejamento estratégico para saúde ribeirinha	Qualificação dos gestores	Realização de cursos
		Publicação de manual
		Criação de fórum sobre saúde ribeirinha
	Análise de processos com base em inquéritos epidemiológicos	Contratação de consultores e/ou parcerias para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos específicos
		Capacitação dos profissionais das equipes de saúde com base nos estudos epidemiológicos
ATENÇÃO INTEGRAL	Melhorar o acesso da população indígena à atenção especializada	Municípios devem se credenciar para receber o Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
ATENÇÃO DIFERENCIADA E SAÚDE INDÍGENA	Implantar política de atenção diferenciada e regionalizada levando em consideração aspectos sociais e linguísticos	Apoiar e/ou fomentar iniciativas que visem a criação de normativas infralegais que

		qualifiquem as ações de saúde indígena na perspectiva cultural
		Capacitar profissionais para atuação intercultural regionalizada

11. Referências

ARANTES, R. **Saúde Bucal dos Povos Indígenas do Brasil e o Caso dos Xavante de Mato Grosso. (Doutorado).** Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. 139 p.

ARANTES, R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR CEA, S. R. E. AL (Ed.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 2003. p. 49–72.

ARANTES, R., P. C. BASTA, et al. Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil. In: L. Garnelo e A. L. Pontes (Ed.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** Brasília: MEC-SECADI, 2012. Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil, p.60-106

ARANTES, R., R. V. SANTOS, et al. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. **Int Dent J**, v.60, n.3 Suppl 2, Jun, p.235-40. 2010.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 223–236, 2010.

BALDISSEROTTO, J.; FERREIRA, A. M.; WARMLING, C. M. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil TT - Oral health status of the guarani indigenous population living in southern Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 468–475, 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. **Caderno de Atenção básica. SAÚDE BUCAL.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 92 p.

BRASIL. **Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico.** 1a ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, 2014. Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica. **Portaria nº 837, de 09 de maio de 2014**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB-Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011.

CAIRES, N. C. M. et al. Epidemiological analysis and need for endodontic treatment among the indigenous Sateré-Mawé and Tikuna. **Brazilian Oral Research**, v. 32, 2018.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, **Amazonas Ciência & Saúde Coletiva** scielo , , 2008.

CARRER, FCDA et al. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para a odontologia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

CHISINI, Luiz Alexandre et al. COVID-19 pandemic impact on paediatric dentistry treatments in the Brazilian Public Health System. **International journal of paediatric dentistry**, v. 31, n. 1, p. 31, 2021.

COELHO, V. e A. SHANKLAND. Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. **MEDICC Review**, v.13, p.50-53. 2011.

COIMBRA, C. E. A., R. V. SANTOS, et al. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

COIMBRA, C. E., JR., R. V. SANTOS, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v.13, n.1, Jan 19, p.52. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Z. M. A. Hartz (Ed.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos., p.p. 29-47

CURY, J. A., L. M. TENUTA, et al. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. **Braz Dent J**, v.15, p.167-174. 2004.

DETOGNI, A. M. **Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005. (Mestrado).** Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

FUNASA. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde 2007.

GARNELO, L. e J. R. WELCH. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1872-1873. 2009.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: L. Garneiro e A. L. Pontes (Ed.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** Brasília: MEC-SECAD, 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de de atenção à saúde, p.18-58

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB.** Rio de Janeiro: Saberes, p. 60-87, 2014.

HEBSON RK. **Understanding internal consistency reliability estimates: a conceptual primer on coefficient alpha.** Meas Eval couns Dev 2001; 34: 177-189

HIRATA, J. M., O. BERGAMANSCHIO, et al. Estudo de prevalência de cárie em crianças indígenas do Parque Nacional do Xingu. **Revista da Faculdade de Odontologia da USP**, v.15, p.189-198. 1977.

IBGE. **Panorama municipal.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/careiro-da-varzea/panorama> (Acessado em: 20/08/2020).

LEMOS, P. N. et al. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013 TT - Caries dental en los pueblos del Parque Indígena Xingu, Brasil, 2007 y 2013 TT - Dental caries in peoples of Xingu Indigenous Park, Brazil, 2007 and 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018.

MAURÍCIO, H. D. A. **A Saúde Bucal do Povo Xukuro do Ororubá na Faixa Etária de 10 a 14 anos. (Mestrado).** Centro de Pesquisas Ageu Magalhães FIOCRUZ, Recife, 2012.

MAURICIO, H. DE A.; MOREIRA, R. DA S. Oral health status of the ethnic group Xukuru from Ororubá: multilevel analysis TT - Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 3, p. 787–800, 2014.

MORGAN, GA, GLINER JA, HARMON RJ. Measurement validity. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2001; 40: 729-731

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040220, 2020.

MORAES, Rafael R. et al. COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. **PloS one**, v. 15, n. 11, p. e0242251, 2020.

NARVAI, P. C., P. FRAZÃO, et al. Declínio da experiência de cárie dentária em dentes permanentes de escolares brasileiros ao final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, v.1, p.25-29. 1999.

PARIZOTTO, S. P. C. D. O. L. **Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá/Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco. (Doutorado)**. Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SAMPAIO, F. C., C. H. FREITAS, et al. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v.27, n.4, Apr, p.246-51. 2010.

SIASI. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena**. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena 2013.

**Diagnóstico do status
das redes de atendimento
de saúde para indígenas
e ribeirinhos:
aprimoramentos
e recomendações**

Lista de Siglas

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Auxiliar de Saúde Bucal

APS: Atenção Primária à Saúde

CASAI: Casa de Saúde do Índio

CD: Cirurgião Dentista

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESFR: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ESFF: Equipe de Saúde da Família Fluvial

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

FVS: Fundação de Vigilância em Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica à Saúde

SASISUS: Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI: Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluvial

SUMÁRIO

Apresentação

1. Considerações gerais
2. Saúde Ribeirinha
3. Saúde Indígena
4. Resultados Consulta Pública
5. Resultados Telesseminários
- 5.1. Saúde Indígena
- 5.2. Saúde Ribeirinha
6. Recomendações SUS na Floresta
- 6.1. Aprimoramento da Rede de Serviços SUS na Amazônia:
 - 6.1.1. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF):
 - 6.1.2. Saúde Digital
 - 6.1.3. Saúde Infantil
 - 6.1.4. Saúde Bucal
 - 6.1.5. Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Indígenas de Saúde
 - 6.1.6. Resolutividade Clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada
- 6.2. Aprimoramento da Gestão:
 - 6.2.1 Planejamento Estratégico
 - 6.2.2. Parceria com Sociedade Civil
 - 6.2.3. Financiamento
- 6.3. Educação Permanente em Saúde
- 6.4. Atenção Diferenciada aos Povos Indígenas
- 6.5. Prevenção de Doenças, promoção, vigilância em saúde e respostas aos Fatores de Risco
- 6.6. Ausência de médicos na região amazônica
- 6.7. Medicina Tradicional
7. Considerações Gerais
8. Referências

Apresentação

O presente relatório tem como objetivo apresentar os principais achados e recomendações do estudo realizado no âmbito do projeto SUS na Floresta que teve como finalidade realizar diagnóstico do status das redes de atendimento de saúde para indígenas e ribeirinhos a partir do levantamento de dados secundários e revisão bibliográfica (Produto 3), bem como realizar consultas populares e entrevistas sobre o sistema de saúde indígena e ribeirinho junto a gestores municipais e profissionais de saúde que atuam nas localidades; Agentes Comunitários de Saúde e Associações Indígenas (Produto 4).

As consultas e entrevistas foram elaboradas à luz do diagnóstico realizado ao longo dessa consultoria, o que nos permitiu avançar em um esboço de recomendações que foram validadas por meio de enquête popular e teleseminários cujos resultados serão descritos neste relatório. Portanto, apresentaremos, neste documento, uma série de necessidades e recomendações que visam o aprimoramento do SUS na Amazônia rural e que estão, ao mesmo tempo, orientadas por evidências e participação dos principais atores que compõem os sistemas de saúde indígena e ribeirinha.

Estudo SUS na Floresta

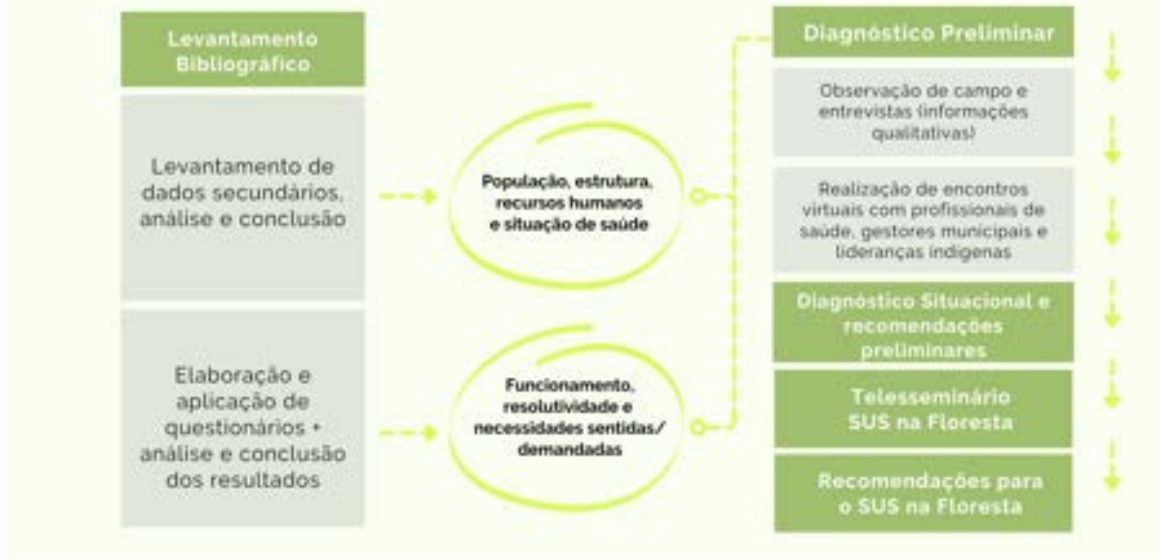


FIGURA 1: ESQUEMA DEMONSTRATIVO DE ETAPAS E METODOLOGIA

Em relação às sugestões sobre alterações no marco legal, foi realizado levantamento de dados e informações acerca dos atos normativos que regulam o tema, que abrangem desde a Constituição de 1988 até atos infralegais dos órgãos envolvidos na execução das ações e serviços de saúde. Após o levantamento, foram feitas recomendações baseadas em (i) contradições internas da própria legislação; e (ii) nos *inputs* dos atores envolvidos na saúde pública. Cumpre destacar que o principal foco adotado foi o da Atenção Básica.

1. Considerações gerais

É comumente conhecido que a interiorização de serviços públicos na Amazônia constitui um desafio para diferentes governos. Essa dificuldade geralmente se justifica pelas grandes distâncias geográficas, características da região, e pelo inexequível deslocamento rodoviário frente à hidrografia regional. No caso das políticas de saúde, a situação não é diferente. Há uma notável insuficiência na provisão de ações e serviços de saúde, seja na atenção primária, seja na atenção especializada. Assim, por consequência da baixa interiorização de políticas públicas nas regiões rurais da Amazônia, a região norte possui baixos índices de desenvolvimento humano.

Quanto às políticas públicas de saúde, seus preceitos fundamentais de democracia e igualdade estão materializados na Constituição Federal de 1988 que assegura a todos o direito à saúde. Primeiramente, em seu escopo mais amplo, como o objetivo próprio do Estado brasileiro de construir uma sociedade livre, justa e solidária, focada na redução das desigualdades sociais e regionais. Depois, instituindo o direito à saúde como um direito social fundamental ao cidadão brasileiro, sem o qual o indivíduo não consegue persistir por demais direitos.³⁷

O art. 196 da Constituição assegura a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Dessa forma, a Constituição explicitamente prevê a existência de isonomia no tratamento dos usuários do sistema único de saúde. Esta isonomia não pode ser considerada sob uma perspectiva meramente formal, devendo-se adotar um conceito substancial, que impõe o “tratamento desigual entre os desiguais e não significa direito a idênticas prestações para todas as pessoas irrestritamente”.

Ao prever o tratamento isonômico dos usuários do SUS, preconiza-se não que todos deverão receber tratamentos de saúde idênticos, mas sim que, em determinados casos, os usuários receberão tratamento desigual quando

37 Conforme afirmado pelo Supremo Tribunal Federal, trata-se de "consequência constitucional indissociável do direito à vida" (Supremo Tribunal Federal. RE-AgR nº 271.286/RS).

ostentarem desigualdades a justificá-lo. Como consequência, se as peculiaridades regionais, populacionais ou sociais impunham a alguns grupos um risco maior de agravo de saúde (desigualdade), deve-se adotar tratamento de saúde adequado para suprir este risco, que pode se dar com a adoção de estratégias específicas pelo SUS.

Como exemplo, podemos citar que o SUS possui, como uma de suas características, a descentralização a fim de favorecer que os entes político-administrativos mais próximos da população (em regra, os estados e municípios) possam tomar decisões prestigiando a realidade local ao revés de se adotar, e.g. a adoção de soluções uniformes em todo o território nacional, marcado por desigualdades de toda a espécie.

Após 32 anos da implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS, são inegáveis seus avanços em território nacional, mas também bastante visíveis seus vetores negativos, obstáculos e ameaças. Uma de suas principais conquistas foi a institucionalização de valores como igualdade, democracia e emancipação como eixo central do próprio sistema que tem como alguns de seus princípios a universalidade do acesso, a participação social e a descentralização do poder e das responsabilidades.

Observamos também que a emancipação dos municípios, a partir da descentralização de atribuições e de recursos, permitiu ampliar a oferta e o acesso a serviços e ações, em especial, com impacto na atenção básica à saúde. Neste sentido, é possível ao município reconhecer as necessidades da região e ter autonomia para implementar medidas sanitárias, especialmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, indo, assim, ao encontro das necessidades da população. Ainda que o subfinanciamento da saúde seja um importante obstáculo, em especial nos municípios que dispõem de reduzida receita fiscal, é importante considerar o avanço em termos de emancipação de poderes e consolidação de importantes colegiados com pautas regionalizadas, como é o caso dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS).

Entretanto, apesar dos avanços na implementação do SUS em território nacional, verifica-se uma persistente dificuldade quanto à universalização do acesso, em especial, em comunidades remotas. Adiciona-se a essa característica: conflitos quanto à inserção de características culturais dos povos amazônicos às políticas de saúde; subfinanciamento do setor saúde e problemas estruturais de gestão e profissionalização do SUS na Amazônia Rural.

Por meio desta consultoria, promovida no âmbito do projeto SUS na Floresta pela Fundação Amazônia Sustentável (FAS), traçamos um panorama amplo, embora resumido, dos principais problemas de saúde da população ribeirinha e indígena no Amazonas. Desenvolvemos um quadro do perfil epidemiológico para esses grupos populacionais, bem como realizamos uma análise da oferta e do desempenho da rede de atenção à saúde disponível para as áreas rurais e indígenas do estado.

Como ponto de partida, a Amazônia não foi tratada e pensada apenas como um espaço natural, marcada pelas suas densas florestas, mas também e essencialmente como um território; ou seja, como um espaço natural, mas também político e social. Além disso, consideramos o território amazônico também constituído por múltiplas formas de territorialidade que representam, por sua vez, a relação coletiva, social e subjetiva das diversas sociedades amazônicas com esse território.

Durante o estudo realizado, constatamos que importantes determinantes de saúde estão relacionados a um estilo de vida que depende da floresta e de seus recursos. De modo semelhante, os fatores de risco para certas doenças são decorrentes de problemas que afetam o meio ambiente, como é o caso do desmatamento ou da sazonalidade dos rios e as enchentes que repercutem no aumento da incidência de doenças infecciosas, como malária, dengue e parasitoses. As atividades laborais dos ribeirinhos e indígenas os deixam mais expostos a traumas osteomusculares e acidentes ofídicos, além de desencadearem fatores de risco para doenças oculares, como é o caso do pterígio e de sua relação com a exposição solar.

Apesar da diminuição das doenças transmissíveis ao longo da história recente, em especial, das doenças infecciosas causadas por protozoários, como malária, leishmaniose e chagas, há ainda preponderância dessas doenças em certas localidades. Na população indígena, as doenças infecciosas são a principal causa de mortalidade e morbidade. Em especial, ressalta-se que as doenças respiratórias atingem sobremaneira as crianças indígenas menores de cinco anos, desencadeando em altas taxas de mortalidade infantil.

No caso das doenças transmissíveis imunopreveníveis, o papel da imunização por vacinas é fundamental e a manutenção de altas taxas de vacinação no estado é imprescindível para que muitas doenças não ressurgam. Cabe ressaltar que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19 e que é extremamente necessária para ribeirinhos e indígenas, uma vez que estão localizados em áreas que não permitem fácil acesso aos serviços de saúde.

Além dos determinantes sociais e ambientais de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública tem sido observada como uma importante barreira para melhorias sanitárias e epidemiológicas. Com propósito de buscar soluções para problemas amazônicos, o governo federal tem promovido políticas e estratégias específicas, como é o caso de incentivos diferenciados para a implantação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e do investimento e incentivo para custeio de Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). Já no caso da população indígena, contamos, há 20 anos, com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que é executada diretamente pela esfera federal por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e que tem como objetivo não somente facilitar o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, como também inserir as especificidades sócio-culturais na execução no planejamento e execução dos serviços de saúde.

2. Saúde Ribeirinha

A rede de saúde da população ribeirinha no Amazonas possui, como referência, os seguintes serviços:

Atenção Básica: 1) Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR). 1.1. Agente Comunitário de Saúde. 1.2. Agente de Endemias. 1.3. Técnico de Enfermagem. 2) Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF). 3) Telessaúde (FAS).

Atenção Especializada: 1) Emergência e algumas consultas ambulatoriais nas sedes de alguns municípios. 2) Maioria dos atendimentos especializados, rede laboratorial e UTIs em Manaus. 3) Telessaúde (FAS).

A estratégia de implantação das UBSF tem a capacidade de ampliar a cobertura em vazios assistenciais e de diminuir o ônus dos usuários na busca por serviços de saúde. Por meio de estudo da literatura sobre o tema, que demonstrou o impacto positivo da estratégia nos indicadores de saúde, bem como da consulta pública realizada com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e gestores municipais de saúde; verificamos que a unidade fluvial aumentou o número de serviços ofertados, trouxe qualidade e privacidade para usuários; e segurança para os ACS que passam a contar com uma estrutura de saúde para atender a comunidade.

Em termos pragmáticos, os gestores municipais relataram que quando conseguem colocar a embarcação em funcionamento com uma periodicidade maior, recebem em retorno um aumento na cobertura vacinal, no número de consultas de gestantes no pré-natal, de exames ginecológicos preventivos, maior acompanhamento dos pacientes crônicos e da cobertura de saúde bucal. Além disso, a unidade fluvial oferece conforto para o trabalho e alojamento dos profissionais de saúde, além da oferta de laboratório para pronta coleta de exames e diagnóstico.

"A lancha (UBSF) da Saúde entrou para dentro do rio em Itapiranga. Para nós, foi muito bom. Agora sim, perto da comunidade para prestar assistência." ACS Mayara, RDS Uatumã.

Contudo, o financiamento das UBSF, bem como de outras ações estratégicas e da própria atenção básica, são insuficientes para cobrir gastos consequentes das características geográficas e populacionais da zona rural amazônica como um todo.

"Hoje a gente sente que o recurso que os municípios recebem, principalmente os municípios que não tem receita, é insuficiente para atender às nossas demandas. Por exemplo, no nosso Município de Itapiranga não se gasta menos de 20 ou 30 mil reais para fazer uma campanha de vacina. Eu acho que nós temos que começar a construir uma política de saúde, principalmente buscando do Estado (AM) uma discussão com os municípios. Esperamos também discutir com nossos novos gestores (federais) a questão do financiamento do novo modelo de gestão da Atenção Primária. Não ficou muito clara a questão dessa mudança nos municípios da região norte. Essas pessoas que fazem as políticas e as portarias do Ministério da Saúde deveriam conhecer nossa região Amazônica". Sr. Aurimar Simões Secretário de Saúde de Itapiranga.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde não prevê esses fatores amazônicos para fins de cálculo de repasse para custeio. Soma-se à dificuldade de financiamento dos serviços de saúde para a população ribeirinha, o fato que os municípios no interior do Amazonas possuem baixa arrecadação fiscal e o governo do Estado do Amazonas não participa do cofinanciamento da atenção básica.

Observou-se também que os ACS ficam sobrecarregados com atividades de assistência, como levar os pacientes às consultas médicas ou ajudar na remoção de casos graves. Para que os ACS possam exercer suas verdadeiras atribuições, é imprescindível que as equipes de saúde atuem com mais periodicidade nas comunidades. Além da falta de capacitação e formação específica para lidar com os problemas da comunidade e da região, ACS e técnicos de enfermagem que vivem no local, sentem-se isolados da equipe e inseguros.

Certamente, a instalação de pontos de internet tem colaborado sobremaneira para reduzir distâncias, contudo, é necessário que haja uma

estratégia de saúde digital que permita teleatendimento e telediagnóstico reduzindo assim as inequidades em relação à atenção à saúde ribeirinha.



FIGURA 2: PRINCIPAIS NECESSIDADES E DEMANDAS APONTADAS NO ESTUDO - DIAGNÓSTICO E CONSULTAS POPULARES.

3. Saúde Indígena

O estudo diagnóstico sobre saúde indígena apresentou um conjunto de dados e informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas de saúde da população indígena no estado do Amazonas (Produto 3). Realizamos análise inédita a partir do levantamento de todas as consultas realizadas no ano de 2016 (n=94.464) e de todos os registros de óbitos de 2012 a 2016 registrados no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) no âmbito dos DSEI que possuem população indígena em territórios amazonense.

O levantamento e análise dos dados de morbidade e mortalidade foram fundamentais não somente para determinar as condições de saúde dessa população, como também nos serviu de subsídio para analisar os efeitos da política de saúde indígena e a qualidade dos serviços e do sistema de informação.

Ao longo do estudo, identificamos as doenças mais prevalentes e discutimos sobre problemas de saúde com alta incidência, como é o caso das doenças infecciosas que também é identificado como a principal causa de mortalidade. Também identificamos a necessidade urgente de qualificação dos registros. Observamos, por exemplo, que muitas vezes as patologias não são registradas por médicos. No DSEI Yanomami, por exemplo, não houve qualquer registro feito por essa categoria profissional. É necessário monitorar e avaliar o impacto que a qualidade destas informações pode causar sobre a gestão da saúde e sobre a população, podendo gerar estigmas indesejados e não resolver o problema que de fato acomete a comunidade. Ainda, a qualidade da informação, no caso de um sistema de saúde que tem como objetivo buscar a interculturalidade, deveria prever aspectos culturais sobre concepções indígenas no processo de doença e morte, o que não ocorre no caso do SIASI.

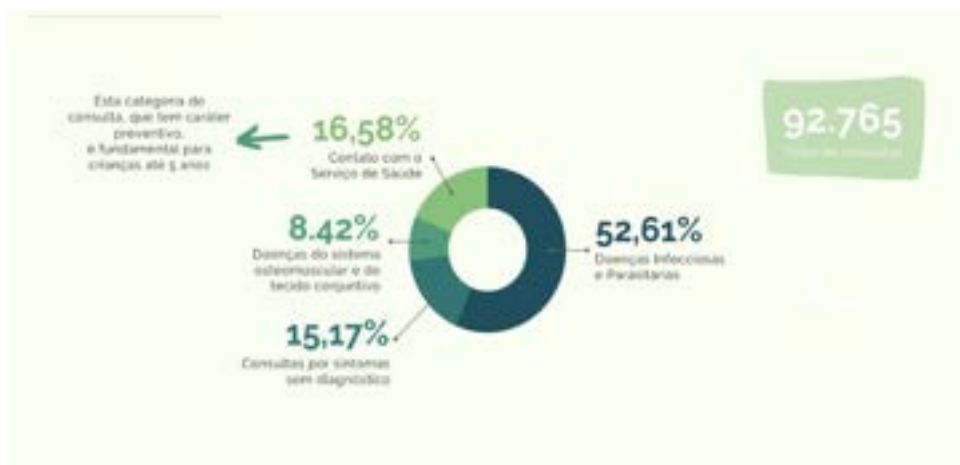


FIGURA 4: DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE MORBIDADE DA POPULAÇÃO INDÍGENA. FONTE: SIASI, 2016.

De uma maneira geral, o estudo desenhou um cenário diagnóstico que nos mostra que a saúde indígena tem alguns avanços significativos se comparados à população ribeirinha ou rural remota: o alto registro de consultas na maioria dos DSEI demonstra que a população tem tido maior acesso a serviços de saúde.

Contudo, pela qualidade dos dados registrados, observa-se necessidade de melhor formação e treinamento para profissionais de saúde, além de monitoramento e avaliação das informações obtidas. As falhas na gestão dos dados, na maioria dos DSEI, indicam que não há planejamento das ações de saúde tendo como base o perfil epidemiológico da população adstrita do DSEI, o que constitui uma diretriz importante da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.



FIGURA 5: PRINCIPAIS ACHADOS DE MORBIDADE E MORTALIDADE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NO AMAZONAS

Ainda, os DSEI, assim como a SESAI, são considerados “especiais” principalmente porque espera-se que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteados o planejamento e avaliação de saúde, se estas características não estão expressas nos sistemas que devem orientar a gestão dos DSEI, não há meios de estruturar este princípio nas ações cotidianas.

"A gente acha muito importante o atendimento diferenciado para os nossos parentes porque muita das vezes a equipe chega e não comunica direito o que vai fazer. A gente pensa muito em uma liderança que possa acompanhar a equipe de saúde para poder explicar as ações no nosso linguajar. Nossos parentes não entendem direito português e a gente valoriza muito as línguas indígenas". Janete, Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

Após 20 anos de experiência com o modelo de organização distrital de saúde indígena, pode-se considerar que o acesso dessa população aos serviços de saúde foi o fator de maior destaque positivo. A garantia de acesso representa avanços significativos para efetivação do direito universal à saúde,

ainda considerando que a acessibilidade física aos profissionais de saúde é um dos principais problemas amazônicos.

Uma contribuição fundamental que o modelo permitiu foi a mudança histórica no programa de imunizações, uma vez que as campanhas esporádicas foram substituídas pelo estabelecimento de atividades de rotina na aplicação das vacinas segundo o calendário vacinal das pessoas. A modalidade de campanhas é, hoje, realizada uma vez por ano (“O mês de vacinação”) para apenas compensar alguns *déficits* da rotina. O resultado está expresso pelo progressivo aumento da cobertura vacinal.

Contudo, ainda há aspectos da política de saúde indígena considerados como estratégicos, mas ainda não são satisfatórios, são eles:

- Preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento e avaliação das ações de saúde;
- Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde;
- Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos; e
- Promoção de ambientes saudáveis.

4. Resultados Consulta Pública

Com objetivo de qualificar o diagnóstico realizado e aprimorar as recomendações preliminares, os resultados do estudo foram disponibilizados para consulta pública. Os relatórios preliminares, assim como enquete para averiguar a percepção do público quanto às prioridades do estudo, foram disponibilizados no site da FAS no período de 07 de abril a 07 de maio de 2021. O público geral pode então classificar, por ordem de prioridade, os principais: fatores de risco à saúde, problemas da rede SUS na Amazônia Rural, doenças e recomendações.

Ao todo, **102 pessoas** responderam à enquete, sendo 68 mulheres, 28 homens e 06 preferiram não identificar o gênero.

A seguir, apresentamos a quadro síntese dos resultados obtidos:

Ordem de Prioridade	Fatores de Risco	Principais doenças	Problemas da Rede SUS na Amazônia Rural
1	Desmatamento	Covid-19	Baixa frequência de visitas das equipes de saúde
2	Má alimentação	Doenças Respiratórias	Meios de transporte insuficientes
3	Contaminação da Água do Rio	Pressão Alta	Falta de medicamentos
4	Falta de água potável e esgoto	Dengue	Ausência de profissional médico
5	Enchentes	Cáries dentárias	
6	Desnutrição	Diabetes	
7	Hábitos de Higiene	Parasitoses	
8	Exposição ao Sol	Infecções na pele	

9	Picada de Cobra	Câncer	
10		Hepatites	
11		Malária	
12		Tuberculose	
13		Doença de Chagas	

TABELA 1: RESULTADOS CONSULTA PÚBLICA SOBRE ORDEM DE PRIORIDADES PARA O SUS NA FLORESTA NAS CATEGORIAS: FATORES DE RISCO, PRINCIPAIS DOENÇAS E PROBLEMAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA RURAL

Ordem de Prioridade	Recomendações SUS na Floresta
1	Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde.
2	Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades.
3	Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades.
4	Disponibilizar lanchas para remoção de pacientes.
5	Disponibilizar uma maior oferta de cursos para agentes de saúde e técnicos de enfermagem.

6	Motivar as equipes de saúde a conhecerem melhor a cultura da comunidade.
7	Incluir os conhecimentos tradicionais nos serviços de saúde.
8	Implementar serviços de telemedicina (atenção médica via internet)

TABELA 2: RESULTADOS CONSULTA PÚBLICA SOBRE ORDEM DE PRIORIDADES DE RECOMENDAÇÕES PARA O SUS NA FLORESTA

5. Resultados Telesseminários

Com a finalidade de aprimorar os resultados do estudo garantindo espaço para a participação pública, foi realizado dois telesseminários - de saúde indígena e de saúde ribeirinha. Além da apresentação dos principais achados, realizamos atividade específica com atores regionais e nacionais que contribuem com o tema da saúde na Amazônia para discutir necessidades e recomendações a serem incorporadas e aprimoradas no âmbito do projeto Sus na Floresta.

A seguir, apresentaremos a síntese dos resultados obtidos por meio dos Grupos de Trabalho.

5.1. Saúde Indígena

Recomendações dos participantes do grupo de trabalho:

- Aprimorar o Sistema de Regulação para população indígena, levando em conta as especificidades e vulnerabilidade;
- Instruir municípios para que informem o campo raça/cor nos sistemas de gestão municipal e estadual;
- Criação de novos Grupos de Trabalhos Indígenas;
- Aprimorar as estratégias de prevenção das doenças endêmicas e o controle vetorial nas aldeias: capacitação dos AIS, contratação de mais agentes de endemias, construção de laboratórios itinerantes, capacitação de microscopistas entre outras ações;
- Capacitação de todos os profissionais de saúde (DSEI e municípios) sobre gestão e especificidades da saúde indígena;
- Valorizar as parcerias interinstitucionais;
- Telemedicina: mapeamento dos pontos de internet e redes de ensino vinculados;
- Sesai e município devem realizar parceria para utilização das unidades fluviais de saúde; No caso das terras indígenas, as unidades fluviais podem ser usadas como barreira sanitária.

5.2. Saúde Ribeirinha

Recomendações dos participantes grupo de trabalho:

- Melhorias na regulamentação das ações de saúde voltadas à população ribeirinha na Amazônia;
- Estruturar a rede de média e alta complexidade, em especial hospitais regionais e aproximar ações de atenção especializada da população

- ribeirinha, com a implementação de serviços (colonoscopia e ultrassom) para evitar o deslocamento do ribeirinho à cidade;
- Melhorar a oferta de serviços de diagnóstico e de saúde bucal aos ribeirinhos;
 - Fortalecer a formação e apoiar a educação em serviço de profissionais de saúde, por meio da rede de telemedicina;
 - Criação de rede de apoio para a gestão municipal em que os gestores possam ser orientados a obter as linhas de financiamento junto ao Governo Federal;
 - Criar novas opções de financiamento, como, por exemplo, uma linha de captação em troca do crédito de carbono;
 - Focar na prevenção e saúde bucal por meio de ações como a fluoretação;
 - Aumentar o acesso à saúde ocular e implantar protocolos e tecnologias para exames em áreas remotas, como a utilização de dispositivo no celular para avaliação ocular a distância;
 - Implementar outras modalidades de UBSF, como a modalidade flutuante. Desenvolver projetos e fazer advocacy junto ao Ministério da Saúde para o financiamento;
 - Fortalecer que haja continuidade e fortalecimento dos ACS nos territórios, além de aprimorar os cursos de capacitação e treinamento em serviço dos ACS;
 - Garantir apoio técnico, segurança e qualidade de acomodação aos profissionais embarcados;
 - Aprimorar parcerias com ONGs, Municípios, Estados, União e Forças Armadas; e
 - Valorizar a autonomia das equipes e comunidades.

6. Recomendações SUS na Floresta

Ao longo deste estudo, várias abordagens e etapas foram desenvolvidas com intuito de elencar recomendações que visem o desenvolvimento e/ou aprimoramento das políticas públicas de saúde direcionadas para áreas remotas da Amazônia. As demandas e necessidades apontadas durante as etapas do estudo foram avaliadas, adequadas e aprimoradas. O resultado desse processo será apresentado nesta sessão.



TABELA 6: PROCESSO DE DIAGNÓSTICO E RECOMENDAÇÕES SUS NA FLORESTA

6.1. Aprimoramento da Rede de Serviços SUS na Amazônia:

6.1.1. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF):

Sobre a abrangência da estratégia no âmbito do Amazonas, de acordo com dados obtidos no portal e-Gestor Atenção Básica, há 21 UBSFs habilitadas e 19 em funcionamento no estado.

A estratégia de saúde fluvial demonstrou ser a mais eficiente para áreas ribeirinhas. Quando conseguem operar de forma rotineira, permitem aos ribeirinhos o acesso regular aos serviços da atenção básica como: pré-natal, PCCU, planejamento familiar, imunizações, saúde bucal, saúde da criança, saúde do adulto e prevenção e promoção à saúde; já que nas dependências do barco são realizadas consultas ambulatoriais, por médicos e enfermeiros, além de exames laboratoriais de rotina e urgência, pequenas cirurgias e procedimentos de enfermagem. Foi um dos principais pontos de apoio durante a pandemia para muitos ACS. Além disso, a boa estrutura nestas unidades oferece às equipes de saúde melhores condições de trabalho e de alojamento.

O principal problema levantado foi seu alto custo de funcionamento e manutenção. Faltam mecanismos de arrecadação compensatórios para as dispendiosas logísticas amazônicas e parcerias para otimizar custos.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
UBSF funcionando, com periodicidade, em todas as áreas rurais ribeirinhas, tornando-as mais sustentáveis e resolutivas	Instigar, influenciar e sugerir a formulação de políticas de saúde para amazônia e a alocação de mais recursos públicos para as UBSF.
Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde.	
Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos	Implantar tetos solares nas UBSF para captação de energia elétrica.

das comunidades. Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades.	Desenvolver parcerias para otimização de custos, ampliando os serviços de saúde ofertados pela unidade fluvial. Por exemplo, sugere-se parcerias com (1) universidades para implantação de projetos de extensão (educação em serviço) e residência; (2) ONGs para desenvolver projetos e serviços complementares à saúde; (3) órgãos públicos que necessitam chegar até os ribeirinhos, como serviços bancários e assistência social; (4) FVS/AM para ações de endemia, dentre outras; e (5) SESAI para áreas adjacentes às Terras Indígenas.
	Criar fundo para manutenção das embarcações (consórcio de municípios, Estado e parcerias). Sugere-se a contratação de estaleiro para atender as demandas.
	Buscar investimentos para equipar laboratórios, inclusive com tecnologias que permitam diagnóstico a distância.

TABELA 3: RECOMENDAÇÃO UBSF

6.1.2. Saúde Digital

Saúde Digital compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde para quem precisa, no momento que

precisa. Em 2020, o Ministério da Saúde consolidou uma estratégia de abrangência nacional denominada Estratégia de Saúde Digital. A Telessaúde é um componente da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil e tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. A Telessaúde tem condições para promover a Teleassistência e a Teleducação. No âmbito do SUS, a rede de Telessaúde deve ser integrada por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por:

- *Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico – instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa;*
- *Ponto de Telessaúde – serviços de saúde através dos quais os trabalhadores e profissionais do SUS demandam Teleconsultorias e Telediagnósticos.*

O Núcleo de Telessaúde do Estado do Amazonas é gerido pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) a qual, a partir de convênio com Ministério da Saúde, recebe fomento para oferta de serviços aos municípios e áreas indígenas. Atualmente, os serviços de telessaúde estão presentes em todos os 62 municípios do estado e em 5 comunidades indígenas. Estes serviços, os pontos de telessaúde, geralmente estão localizados em estabelecimentos de saúde do SUS, como hospitais e unidades de saúde.

Em decorrência da pandemia de COVID-19, a FAS desenvolve projeto de instalação de pontos de comunicação em UCs e TIs a partir da provisão de conexão de internet, equipamentos e energia elétrica. Dezenas de pontos já foram instalados e outras dezenas já tem a sua instalação planejada. Muitos desses pontos, muito embora não estejam inseridos em estabelecimentos de saúde, ofertam serviços de saúde digital em conexão com o núcleo de telessaúde do estado, sendo, portanto, um ponto de telessaúde.

Além do contato com profissionais de saúde especializada, os ACS e técnicos de enfermagem contam com apoio para uma remoção segura de paciente em caso de emergência, bem como amplia seus conhecimentos e formação. Contudo, o programa telessaúde da FAS deve ser integrado à rede do município, pois isso reduziria as idas dos ACS até a cidade para enviar dados de pacientes e do programa Bolsa Família, além de facilitar a regulação de pacientes.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
--------------	--------------

Implementar serviços de telemedicina (atenção médica via internet). Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades. Fortalecer e regulamentar os serviços de saúde digital em áreas remotas no âmbito do SUS. Reconhecer a saúde digital como estratégia de melhoria consistente dos serviços de Saúde por meio da disponibilização e uso de informação abrangente, precisa e segura que agilize e melhore a qualidade da atenção e dos processos de Saúde. Expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e sua interação com os demais níveis de atenção, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.	Influenciar e fomentar discussões para criação de projetos de lei no âmbito municipal e estadual que visem reconhecer e fomentar a estratégia da saúde digital como serviço de atenção básica ao ribeirinho.
	Ampliar pontos de internet para as UBS e UBSF - territorialização dos serviços - institucionalizando <i>pontos de saúde digital da família ribeirinha</i>.
	Apoiar na consolidação de parcerias entre municípios/estado/DSEI com hospitais e/ou universidades.
	Regulamentar o uso do telessaúde para comunicação de dados do bolsa família.
	Liberação das atividades nas regiões amazônicas, onde não há oferta de médicos interessados, através de Lei Federal ou Resolução do CFM.

TABELA 4: RECOMENDAÇÃO SAÚDE DIGITAL

6.1.3. Saúde Infantil

As doenças respiratórias, parasitoses e problemas de nutrição foram apontadas como graves riscos à saúde infantil ribeirinha e indígena. Além

disso, a promoção da saúde infantil é fundamental para a saúde de toda a vida do indivíduo.

Nas orientações contidas nas políticas públicas e estratégias de ação que orientam as equipes de saúde indígena e ribeirinha, as visitas domiciliares constituem um pilar fundamental para a saúde da família. No caso da primeira infância, essa assistência deve ir desde a suspeita da gravidez aos seis anos de vida da criança. A estratégia com foco na primeira infância é promissora na Amazônia Rural, tendo em vista os precários indicadores de desenvolvimento humano e a expressiva mortalidade infantil indígena, dados apresentados nos Produtos 2 e 3. Além disso, devido às condições geográficas e ao dificultoso acesso a serviços essenciais pelas comunidades ribeirinhas e indígenas, a população infantil dessas localidades fica ainda mais vulnerável.

O Programa Primeira Infância, concebido e executado pela FAS em localidades específicas de alguns municípios do Amazonas, mostrou-se estratégico e de possível incorporação pelo SUS. Entre os resultados, o Programa Primeira Infância Ribeirinha (PIR) deu as bases para uma nova política estadual, o Programa Primeira Infância Amazonense (PIA), lançado em 2016 e instituído por meio da Lei 4.312, de 11 de março de 2016. A lei prevê que o PIA seja implantado nos municípios que manifestarem interesse e comprometerem-se com a gestão municipal do programa por meio da assinatura de Termo de Cooperação entre a respectiva prefeitura e o Comitê Gestor do programa.

No município, o PIA deve ser desenvolvido através de comitês municipais, com a participação e colaboração dos setores responsáveis pelas áreas da educação, saúde e assistência social e de organizações não governamentais, universidades, programas de orientação e apoio aos pais com filhos entre 0 e 6 anos de idade. No âmbito deste estudo, não foi identificado qualquer município amazonense que tenha implantado o PIA em seu território.

Considerando a existência de uma política voltada para saúde infantil já instituída no âmbito regional, observa-se a necessidade de apoio para sua implementação. Um dos grandes desafios para implantação do PIA é a dependência das prefeituras por repasses de verbas estaduais e federais os quais são insuficientes para o desenvolvimento de projetos e programas inovadores. Desta forma, é altamente recomendável que programas como o PIA seja apoiado por setores governamentais intersetoriais e interfederativos, além do apoio da sociedade civil.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
--------------	--------------

Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde. Fortalecer e apoiar a implantação do Programa Primeira Infância Amazonense nos municípios e DSEIs do Amazonas, destacando a especificidade da primeira infância ribeirinha e indígena. Dar continuidade ao Programa Primeira Infância em novas localidades de maior vulnerabilidade e nas localidades já implantadas.	Apoiar os municípios na elaboração e execução do Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI), elaborado e implementado segundo as diretrizes do <u>Marco Legal da Primeira Infância (Lei n. 13.257/2016)</u> e em consonância com o Plano Nacional pela Primeira Infância 2020-2030, da Rede Nacional da Primeira Infância.
	Criar, no âmbito municipal e/ou regional, rede e estratégia de fomento e apoio técnico para estruturação do PIA.
	Influenciar (<i>advocacy</i>) para que os gestores e legisladores municipais coloquem a Primeira Infância nas prioridades do Plano Plurianual (PPA), das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) do município.
	(1) continuidade da visita domiciliar com aplicação do guia de visitação e das metodologias do PIR pelos ACS e assistência às gestantes e crianças de 0 a 6 anos cadastradas no PIR; (2) continuidade da supervisão das visitas domiciliares dos ACS por enfermeiros responsáveis pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em cada UBS; (3) promoção de

	formação continuada para ACS com foco em DPI, para aprimoramento da prática de visitação e atendimento qualificado à gestantes e crianças de 0 a 6 anos; (4) capacitação de novos ACS e novos profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF); (5) continuidade e fortalecimento da articulação intersetorial.
--	--

TABELA 5: RECOMENDAÇÃO SAÚDE INFANTIL

6.1.4. Saúde Bucal

Um dos grandes problemas relatados foi a demanda reprimida de serviços de saúde bucal devido à pandemia, que gerou baixa cobertura nos serviços. Soma-se a esse fator a ausência ou insuficiência de serviço especializado em municípios no interior do AM e o baixo acesso da população indígena e ribeirinha à água fluoretada para consumo humano.

No Amazonas, apenas nove municípios (Boca do Acre, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Manaus, Maués, Parintins e São Gabriel da Cachoeira), dos 62 existentes, possuem Centros Odontológicos Especializados. A baixa adesão a essa modalidade de atenção à saúde resulta em uma maior prevalência de dentes cirurgicamente removidos pela atenção primária.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde.	Articulação com os estados e municípios para estabelecimento de fluxos assistenciais e definição das redes de atenção, credenciamento de novos estabelecimentos especializados (CEO), e celebração de parcerias com instituições não governamentais (ONG) que oferecem os serviços necessários, como <u>Doutores da Amazônia</u> .
Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades.	
Oferta de serviços odontológicos especializados para a população indígena.	-Distribuição gratuita de material de higiene bucal. -Desenvolvimento de estratégias para geração de renda nas aldeias. -Desenvolvimento de ações educativas quanto a importância da escovação dental e outras atividades em saúde bucal.
Garantir o acesso contínuo da população indígena aos materiais de higiene bucal (creme dental fluoretado, escova e fio dental).	
Garantir o acesso da população indígena à água tratada e fluoretada visando garantir o acesso ao efeito anticárie do flúor.	Implementar sistemas simplificados de tratamento de água com fluoretação para consumo humano.

TABELA 6: RECOMENDAÇÃO SAÚDE BUCAL

6.1.5. Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Indígenas de Saúde

O papel dos agentes de saúde (Agente Comunitário de Saúde - ACS, e Agente Indígena de Saúde - AIS) é marcado pelo fato de representarem a única fonte contínua de cuidados nos intervalos das Equipes de Saúde, o que pode significar meses. Embora esses agentes de saúde sejam os atores mais importantes na relação entre conhecimentos populares de saúde e saberes

biomédicos, ainda falta muita clareza na definição de seu papel em áreas rurais.

Um lado positivo de seu trabalho é, sem dúvida, a proximidade com as famílias e com os problemas de saúde da comunidade. Este importante ator fortalece a resposta comunitária a problemas e agravos de saúde por meio da transmissão de informações e de seus conhecimentos. Ao mesmo tempo, essa responsabilidade, muito sentida pelos agentes de saúde, gera ansiedade e insatisfação quanto à irregularidade ou à insuficiência da educação que recebem.

Outro aspecto importante no papel do ACS e AIS está relacionado ao elo que estabelecem entre o saber popular de saúde, a dinâmica social da comunidade onde habitam e o conhecimento biomédico. Esses três fatores, integrados, lhe permitem alcançar um nível mais próximo de diálogo com a população do que nenhum outro profissional seria capaz.

O Município ou Estado tem autonomia para decidir quantos ACS e ACE deve contratar, mas a assistência financeira da União para o piso salarial tem limites definidos por Lei. As atribuições dos ACS estão previstas na Política Nacional de Atenção Básica, mas também podem, de acordo com a política, exercerem outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal, como é o caso do município de Porto Alegre que criou cargo público e atribuições específicas, por meio da Lei complementar n. 875, de 21 de janeiro de 2021, para Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate às Endemias (ACE), a título de exemplo que pode ser adaptado na região norte.

No caso dos Agentes Indígenas de Saúde, que são contratados diretamente pela SESAI/MS, não há qualquer amparo legal para profissão que sequer é reconhecida como categoria. Por isso, recomenda-se esforços para que o PROJETO DE LEI N.º 3.514, DE 2019, seja aprovado no Congresso.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Disponibilizar lanchas para remoção de pacientes. Disponibilizar uma maior oferta de cursos para agentes de saúde e técnicos de enfermagem. Valorizar e garantir maior autonomia	(1) Apoiar municípios na elaboração e aprovação de legislação específica que designe aos ACS atribuições que respondam ao contexto amazônico.

aos ACS e AIS. Melhorar meios de transporte e reduzir deslocamento de ACS e usuários para cidade. Educação continuada e suporte técnico. Reconhecer os AIS como categoria profissional.	(2) Apoiar os municípios no credenciamento de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha que permite maior contratação de ACS e ACS.
	(1) Dar continuidade ao apoio na aquisição de lanchas rápidas para as comunidades. (2) Utilizar pontos de telessaúde para encaminhar informações sobre os usuários (Bolsa Família).
	Elaborar e apoiar junto aos municípios e Estado projeto pedagógico anual que inclua educação em serviço.
	Criar fluxo de rotina de comunicação entre ACS e AIS com outros profissionais de saúde da equipe para orientação e troca de informações via Telessaúde.
	Advocacy para aprovação do <u>PROJETO DE LEI N.º 3.514, DE 2019</u> (Da Deputada Sra. Joenia Wapichana)

TABELA 7: RECOMENDAÇÃO ACS E AIS

6.1.6. Resolutividade Clínica na Atenção Básica e Atenção Especializada

A expansão da cobertura da atenção básica deve estar conjugada com uma eficiente resolutividade clínica. A continuidade do cuidado também implica

em intervenções diagnósticas e tratamentos de média e alta complexidades indisponíveis em áreas rurais ou municípios menores. No caso amazônico, por esses serviços estarem disponíveis essencialmente nas capitais, o custo do tratamento torna-se bastante elevado tanto para o governo quanto para o usuário, considerando deslocamento e alojamento nestes grandes centros.

Inovações tecnológicas podem fortemente contribuir para construção e gestão de sistemas de saúde e se tornarem ferramentas eficazes para os desafios de acesso a serviços de saúde. A telessaúde, por exemplo, havendo cautela em sua adoção, pode representar um meio de efetividade e custo-efetividade para o sistema e permitir maior resolutividade clínica nas consultas entre médico da saúde da família e paciente, além de oferecer possibilidades de diagnóstico a distância, se combinados com dispositivos ou centrais de diagnósticos digitais móveis.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Aumentar a oferta de serviços especializados e disponibilizar que esses serviços estejam mais próximos das comunidades. Providenciar coleta para exames laboratoriais durante as visitas das equipes nas comunidades.	Implementar serviços de saúde digital nas UBS, UBSF, UBSI e Polos Base para teleconsultas com especialistas.
	Apoiar parcerias para atendimentos especializados e pequenas cirurgias (Marinha, <u>Expedicionários da Saúde</u> , <u>Médicos da Floresta</u>).
	Apoiar os municípios e o Estado na revitalização e equipagem de hospitais regionais.
	Apoiar os municípios na implantação de uma rede de atenção à saúde mental (CAPS) e à saúde bucal especializada (CEO).

TABELA 8: RECOMENDAÇÃO RESOLUTIVIDADE CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

6.2. Aprimoramento da Gestão:

6.2.1 Planejamento Estratégico

Para que o trabalho das equipes não fique refém da demanda espontânea e do atendimento clínico curativo individual, é altamente recomendado planejamento e programação em saúde que facilite a demanda programada e o monitoramento territorializado da população sob a responsabilidade da ESFR.

Observou-se a necessidade de qualificação de pessoal para a gestão, principalmente entre profissionais e gestores que atuam nas unidades básicas de saúde. A situação se agrava quando o próprio secretário de saúde não tem conhecimento adequado dos processos de gestão em saúde e dos processos de gestão pública em sentido amplo, o que gera consequências negativas ao alcance de uma atenção à saúde integrada.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Qualificação dos gestores municipais e dos DSEIs. Análise de processos de trabalho com base em inquéritos epidemiológicos.	Realização de cursos sobre gestão SUS e sobre perfil epidemiológico da região amazônica.
	Publicação de Manual "SUS na Floresta" a partir dos resultados desta consultoria.
	Criação de Fórum sobre Saúde na Amazônia envolvendo gestores e sociedade civil.
	Elaboração conjunta de indicadores de prioridade para o SUS na Floresta.
	Contratação de consultores e/ou

	parcerias para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos específicos para a região.
	Treinamento dos profissionais das equipes de saúde com base em estudos epidemiológicos.

TABELA 9: RECOMENDAÇÃO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

6.2.2. Parceria com Sociedade Civil

As parcerias entre o Estado e as organizações da sociedade civil são fundamentais, pois possuem o potencial de aproximar pessoas e realidades locais às políticas públicas. Além disso, elas possibilitam a solução de problemas sociais específicos de forma criativa e inovadora. Este é o caso do *SUS na Floresta*, um projeto que busca incorporar as pautas institucionais da FAS e parceiros à agenda de saúde pública.

Cabe ressaltar que na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS, a participação da sociedade civil no setor saúde está prevista e é incentivada para ações e atividades que não tem como objetivo a assistência à saúde. Cabe à sociedade civil atuar como, por exemplo, no desenvolvimento de atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e projetos pilotos na área da saúde ou mesmo a criação de programas e projetos de educação da população, visando a promoção da saúde, dentre outras.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Apoiar no co-financiamento da saúde pública e executar projetos, em parceria com municípios, estado e DSEI.	Criação de fundo para saúde na Amazônia, que possa fazer uso de mecanismos do sistema de crédito de carbono.
	Celebrar termos de cooperação com municípios para execução de projetos complementares inovadores.
Implantação de projetos locais inovadores e criativos que visem a sua incorporação pelo SUS.	

	Implantar projetos que visem: (a) atualização de novas tecnologias para saúde, como o aprimoramento do diagnóstico remoto em comunidades; (b) educação permanente aos profissionais; (c) educação em saúde nas comunidades; e (d) Monitoramento, avaliação e planejamento.
--	--

TABELA 10: RECOMENDAÇÃO SOCIEDADE CIVIL

6.2.3. Financiamento

Os territórios que compõem o Amazonas são os mais remotos, em termos de acessibilidade e de distância territorial, sendo sua população a mais dispersa do país. Dos 62 municípios, 19 possuem mais de 50% de sua população residente em área rural. Ainda, 29 municípios do total estão localizados em áreas remotas. As populações das áreas rurais do estado são dependentes de serviços de saúde pública.

Contudo, a alocação de recursos a nível federal não considera, em seus cálculos, uma variável “amazônica” que possa incorporar os custos de transportes e tecnologia a fim de tentar equalizar as condições de acesso aos serviços de saúde da população rural na Amazônia em relação à população nacional. Essa incorporação é fundamental para que os serviços possam alcançar uma melhor cobertura.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Criar novo modelo e estratégia para financiamento da Atenção Básica na Amazônia Rural a fim de tentar equalizar as condições de acesso aos serviços de saúde dessa população em relação à população nacional.	Participação do estado do Amazonas no financiamento da Atenção Básica.
	Incrementar as linhas de financiamento estratégico, como ESFR e UBSF, assim como criar

	outras linhas que atendam a necessidade amazônica (Ministério da Saúde).
	Adaptar a sistemática da “captação ponderada” aos custos adicionais na prestação de saúde nas comunidades ribeirinhas.
	Desenvolver uma política de saúde para a Amazônia, que indique financiamento diferenciado a partir de indicadores que dialoguem com a realidade amazônica (Governo Federal e Legislativo).

TABELA 11: RECOMENDAÇÃO RESOLUTIVIDADE CLÍNICA NA ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

6.3. Educação Permanente em Saúde

A educação continuada abrange as atividades pedagógicas que possuem período definido para serem executadas e se utilizam da metodologia de ensino tradicional, como exemplo, cursos formais nos níveis técnico e científico. A educação continuada prevê atividades educacionais que visam promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações pelo trabalhador em seu campo de atuação. Já a Educação Permanente em Saúde (EPS), diretriz assumida pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), configura-se como aprendizagem no trabalho, incorporando o aprendizado ao cotidiano das organizações e das práticas das equipes, produzindo tecnologias para a solução de problemas pragmáticos.

Indicaremos a seguir, recomendações que priorizam a Educação Permanente em Saúde. É importante destacar que a proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento de suas

necessidades, sendo, deste modo, recomendável que os planos de educação permanente tenham como base as regiões de saúde e/ou municípios.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Qualificar os profissionais, em especial ACS e AIS, e gestores de saúde para o serviço em contextos interculturais e para situações de saúde com base no perfil epidemiológico comunitário. Disponibilizar uma maior oferta de cursos para agentes de saúde e técnicos de enfermagem Motivar as equipes de saúde a conhecerem melhor a cultura da comunidade. Incluir os conhecimentos tradicionais nos serviços de saúde.	Realização de Seminário Anual sobre Saúde na Amazônia Ribeirinha e Indígena que contemple profissionais de equipes e gestores.
	Nível municipal e regional: (1) Incentivo à instalação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas secretarias municipais de saúde; (2) elaboração de projeto pedagógico de educação permanente aos profissionais de saúde ribeirinha e indígena junto ao município; (3) incentivar cooperações entre as estruturas de educação e pesquisa e as redes municipais de saúde; (4) fomentar práticas de telessaúde; (5) alocação de recursos didático-pedagógicos aos serviços e instâncias do trabalho.
	Apoiar o desenvolvimento de parcerias entre universidades para educação em serviço e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da SES-AM.

	Fomentar intercâmbios estaduais, nacionais e internacionais dos profissionais de saúde que atuam na saúde indígena e ribeirinha.
	Incentivar a implantação de programa de profissionalização técnica em saúde, a nível estadual, com priorização das carreiras de Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Agentes de Combate a Endemias ou Técnico em Vigilância em Saúde e Técnico em Agente Indígena de Saúde.
	Expandir os Programas de Residência Médica e Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde para áreas ribeirinhas remotas e indígenas.
	Implementar programas de vivências ou estágios-de-vivência em serviços, redes e sistemas de saúde para participação de estudantes de graduação junto às redes de saúde ribeirinha e indígena.

TABELA 12: RECOMENDAÇÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

6.4. Atenção Diferenciada aos Povos Indígenas

A Atenção Diferenciada deve prever a "intermedicalidade" como recurso tecnológico e estratégico para tomada de decisões dos gestores e negociações entre pessoas e grupos étnicos que possuem interpretações diversas e divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia a ser adotada.

A questão do atendimento diferenciado foi, ao longo do estudo, diagnosticada como uma das maiores debilidades na execução da Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas. O sistema de saúde indígena é considerado “especial” principalmente porque é esperado que os fatores sociais e culturais sejam abordados no cotidiano da saúde, norteando planejamento e avaliação de saúde, além de ser característica fundamental na abordagem com a população indígena.

Trataremos, a seguir, de recomendações embasadas em recursos e estratégias previstas no SASI-SUS capazes de promover mudanças na relação intercultural, contudo não serão abordadas questões relativas às opções terapêuticas tendo em vista que o tema está sendo abordado em outro estudo.

RECOMENDAÇÃO	DETALHAMENTO
Fortalecer os projetos em saúde considerados exitosos pelos povos indígenas. Promover a articulação entre os saberes e práticas de saúde dos povos indígenas e o sistema oficial de saúde como estratégia de efetivação do direito desses povos à atenção integral e diferenciada à sua saúde, observando duas especificidades étnicas, culturais e epidemiológicas. Motivar as equipes de saúde a conhecerem melhor a cultura da comunidade.	Apoiar e fomentar a elaboração e implantação de estratégias e projetos de valorização e articulação com as práticas e saberes tradicionais indígenas em colaboração com os DSEI. (As estratégias e projetos devem ser elaboradas de forma participativa junto às comunidades, cuidadores e conselheiros da saúde indígena).
	Apoiar os estabelecimentos de saúde especializada, em especial na cidade de Manaus, a aderirem ao Incentivo de Atenção Especializada à Saúde Indígena (IAE-PI) para que possam adequar seus serviços às especificidades indígenas.
	Influenciar a criação de projetos de adequação de espaço físico e de processos de trabalho nas CASAIS de forma a respeitar as especificidades regionais dos povos indígenas.

--	--

TABELA 13: ATENÇÃO DIFERENCIADA AOS POVOS INDÍGENAS

6.5. Prevenção de Doenças, promoção, vigilância em saúde e respostas aos Fatores de Risco

Para este item, elencamos as principais recomendações relacionadas às doenças e agravos específicos. Propõem-se que as recomendações a seguir sejam trabalhadas junto às equipes de saúde e relacionadas com os outros tópicos de recomendação.

PROBLEMA	CONDICIONANTES	RECOMENDAÇÕES
Doenças Infeciosas e Parasitárias	Baixa cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica.	Doenças Respiratórias: (1) Treinamento de profissionais de saúde em estratégias de saúde da criança. (2) Estimular o desenvolvimento de linhas de cuidados à saúde infantil com base territorial e participação de mães e cuidadores tradicionais. (3) Criar e estimular programas no âmbito escolar que visem Educação em Saúde. (4) Aprimorar a alimentação das crianças por meio das merendas escolares.
Infecções Respiratórias Parasitoses Infecções a protozoários	Qualidade da água (enchentes, insuficiência de saneamento básico e água tratada). Desmatamento e Garimpo. Pandemia COVID-19.	Malária: Aprimorar as estratégias de prevenção das doenças endêmicas e o controle vetorial nas aldeias: capacitação dos AIS, contratação de mais agentes de endemias, construção de laboratórios itinerantes, capacitação de microscopistas entre outras ações; COVID-19: Criar centros de referência nas UBSF e nas comunidades que

		estejam equipados para diagnóstico e apoio no tratamento (respiradores) Enchentes: Desenvolver planos de contingência municipais (com participação dos DSEI) com articulação intra e interinstitucional, para a definição de responsabilidades e atuação integrada, no intuito de garantir a segurança e o bem-estar da população ribeirinha e dos profissionais que atuam na resposta nos casos de inundações. Usar como referencial a publicação: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_contingencia_emergencia_saude_inundacao.pdf
Traumas Osteomusculares e Acidentes Ofídicos	Contexto laboral relacionado à pesca, à caça e ao extrativismo em geral.	(1) Treinamento de ACS e AIS para primeiros socorros; (2) Implantar centros de reabilitação regionais; (3) Garantir que cada comunidade tenha disponível lancha para remoção de emergência para levar a vítima imediatamente ao serviço de saúde mais próximo para que possa receber o tratamento adequado em tempo.
Doenças Oculares	Exposição ao sol.	(1) Fomentar estudos e ações estratégicas em saúde pública visando à intervenção oftalmológica em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia. (2) Estabelecer parceria com universidades e/ou centros de pesquisa. (3) Para desenvolvimento de ações estratégicas, estabelecer parceria com instituições e organizações que trabalham com intuito de prevenção e cura de doenças oculares, como os

		<u>Expedicionários da Saúde e Médicos da Floresta.</u>
Cáries	Baixa Cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica.	(1) Ampliar programas de prevenção na comunidade com a participação da escola (2) Melhorar cobertura saúde bucal (item 7.1.5)
Doenças Crônicas - Hipertensão e Diabetes	Alimentação, Sedentarismo. Alta rotatividade de profissionais, baixa disponibilidade de insumos indispensáveis ao atendimento; organização fragmentária do cuidado; limitado uso de protocolos, planejamento e programação baseados em critérios de risco e vulnerabilidade.	(1) Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde e programar a oferta de cuidados clínicos para acompanhamento e diagnóstico precoce de agravamento da situação de saúde do usuário. (2) Organização do processo de monitoramento e controle das condições crônicas por meio de mapeamento, identificação e planejamento das intervenções dirigidas a grupos populacionais em situação de risco. (3) Qualificação dos profissionais de saúde para que aprimorem sua capacidade resolutiva para fazer frente à doença.
Neoplasias - câncer de colo de útero	Baixa Cobertura e qualidade de serviços de Atenção Básica - detecção tardia de casos.	(1) Aumentar a frequência de visita das Equipes de Saúde; (2) Desenvolver rotinas e fluxos para diagnóstico em tempo oportuno; (3) Aumentar cobertura de vacina HPV (Meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos); (4) Aproximar ações de atenção especializada da população ribeirinha por meio de desenvolvimento de ações específicas de colonoscopia e

		ultrassom, nas sedes municipais, evitando o deslocamento para Manaus.
--	--	---

TABELA 14: RECOMENDAÇÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PREVENÇÃO DE DOENÇAS, PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E RESPOSTAS AOS FATORES DE RISCO

6.6. Ausência de médicos na região amazônica

Em relação ao número de médicos no país, verifica-se que foram adotadas algumas medidas para incrementar o número de médicos em atuação; no entanto, esse aumento não apresentou resultados efetivos em relação à distribuição desses profissionais para áreas mais necessitadas, tendo em vista que a maioria desses médicos se mantiveram concentrados nos mesmos lugares. Assim, sugere-se as seguintes medidas para incrementar a quantidade de médicos nas regiões mais afastadas:

PROBLEMA	RECOMENDAÇÃO
Carência de médicos na região amazônica	Regulamentação da Emenda à Constituição nº 80/2013 do Amazonas, que regulamenta a carreira de médico de Estado.
	Expansão do programa "Mais Médicos", inclusive com possibilidade de contratação de médicos com formação em instituições estrangeiras para atuar na região amazônica.
	Advocacy judicial perante o STF na ADPF 807, que discute a possibilidade de contratação de médicos com formação em instituições de ensino estrangeiras durante a pandemia de COVID-19.

TABELA 15: RECOMENDAÇÃO AUSÊNCIA DE MÉDICOS NA AMAZÔNIA

6.7. Medicina Tradicional

A implementação de políticas públicas buscando a regulamentação de práticas das medicinas alternativas e complementares pode influenciar positivamente a qualidade do serviço de saúde prestado às populações indígenas e ribeirinhas, tendo em vista a ligação desses povos com os saberes tradicionais.

Apesar de legalmente reconhecida, a implementação de práticas de medicina tradicional é pouco difundida nas comunidades ribeirinhas e indígenas do Estado do Amazonas. Assim, sugere-se as seguintes medidas para incentivá-las:

PROBLEMA	RECOMENDAÇÃO
Falta de formação dos ACS/AIS para utilização de medicina tradicional nos tratamentos.	(1) Integração da utilização da medicina tradicional no treinamento dos ACS (2) Integração da utilização da medicina tradicional no treinamento dos ACS.
Baixa adesão dos municípios.	
Impossibilidade de aquisição de plantas medicinais e fitoterápicos com recursos repassados pelo governo federal a título de assistência farmacêutica.	Criação e difusão de modelo de política municipal entre os municípios do Estado.
Impossibilidade de aquisição de plantas medicinais e fitoterápicos pela saúde indígena.	Advocacy para inclusão de plantas medicinais e fitoterápicos na lista do RENAME.
	Alteração da Portaria nº 1.059/2013 do Ministério da Saúde

TABELA 16: RECOMENDAÇÃO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PREVENÇÃO DE DOENÇAS, PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA EM SAÚDE E RESPOSTAS AOS FATORES DE RISCO.

7. Considerações Gerais

Conforme amplamente verificado ao longo da pesquisa conduzida, a prestação de serviços de saúde aos povos ribeirinhos e indígenas demanda de todos os entes federativos um esforço conjunto a fim de superar dificuldades logísticas e culturais na oferta destes.

Alguns esforços iniciais demonstram uma preocupação com a saúde destas populações, tendo em vista a existência de estratégias e ações específicas. Apesar disso, é preciso avançar mais. Dessa forma, o presente trabalho pretendeu propor uma agenda voltada à saúde indígena e ribeirinha na Amazônia através de evidências e participação popular.

Não se pretende, entretanto, que o processo de aprimoramento do SUS se encerre com a simples adoção destas recomendações. Ao revés, o sucesso de quaisquer políticas depende de seu constante monitoramento e avaliação. No caso das proposições legais, por exemplo, a adoção de uma agenda de revisão regulatória é positiva ao permitir, através constante reanálise das ações e estratégias, uma contínua melhoria na entrega de serviços de saúde às populações indígenas e ribeirinhas.

Por fim, ressaltamos que as recomendações aqui propostas não devem ser olhadas isoladamente, pois além de interdependentes, elas, sozinhas, não dão fôlego para a sustentabilidade do SUS que queremos. Além disso, elas devem ser adaptadas e priorizadas conforme a realidade local, primando pela autonomia dos poderes, universalidade dos serviços e equidade social.

8. Referências

- BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2002
- BRASIL. **Caderno de Atenção básica**. SAÚDE BUCAL. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 92 p.
- BRASIL. **Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico**. 1a ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL, 2014. Ministério da Saúde: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica. **Portaria nº 837, de 09 de maio de 2014**. Brasília, DF, 2014.
- BRASIL, 2011. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB-Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL, 2018. Ministério da Saúde: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** .1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 73 p.
- CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, **Amazonas Ciência & Saúde Coletiva** scielo , , 2008.
- CARRER, FCDA et al. A COVID-19 na América Latina e suas repercussões para a odontologia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.
- CHISINI, Luiz Alexandre et al. COVID-19 pandemic impact on paediatric dentistry treatments in the Brazilian Public Health System. **International journal of paediatric dentistry**, v. 31, n. 1, p. 31, 2021.
- COELHO, V. e A. SHANKLAND. Making the right to health a reality for Brazil's indigenous peoples: innovation, decentralization and equity. **MEDICC Review**, v.13, p.50-53. 2011.

COIMBRA, C. E. A., R. V. SANTOS, et al. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

COIMBRA, C. E., JR., R. V. SANTOS, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v.13, n.1, Jan 19, p.52. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Z. M. A. Hartz (Ed.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos., p.p. 29-47

CURY, J. A., L. M. TENUTA, et al. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. **Braz Dent J**, v.15, p.167-174. 2004.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully de Souza; PONTES, Ana Lúcia. **Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro**. Editora Fiocruz, 2019.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 158-172, 2014.

GARNELO, L. e J. R. WELCH. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política de saúde indígena no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1872-1873. 2009.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: L. GarneLO e A. L. Pontes (Ed.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECAD, 2012. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de de atenção à saúde, p.18-58

GARNELO, Luiza et al. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes, p. 60-87, 2014.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00040220, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

SIASI. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena**. Brasília: Secretaria Especial de Saúde Indígena 2013.

Fundação Amazônia Sustentável (FAS)

Fundada em 2008 e com sede em Manaus/AM, a Fundação Amazônia Sustentável (FAS) é uma organização da sociedade civil e sem fins lucrativos que dissemina e implementa conhecimentos sobre desenvolvimento sustentável, contribuindo para a conservação da Amazônia.

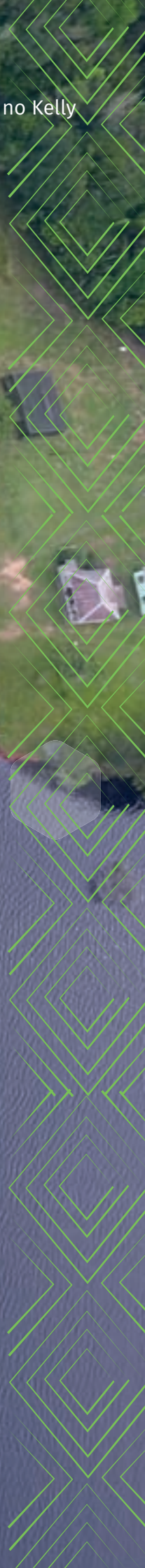
A instituição atua com projetos voltados para educação, empreendedorismo, turismo sustentável, inovação, saúde e outras áreas prioritárias. Por meio da valorização da floresta em pé e de sua sociobiodiversidade, a FAS desenvolve trabalhos que promovem a melhoria da qualidade de vida de comunidades ribeirinhas, indígenas e periféricas da Amazônia.

Confira os programas da FAS:

Programa de Gestão e Transparência (PGT)	Por meio de mecanismos e instâncias de gestão, o PGT atua junto à comunidade interna, com planejamento e avaliação de resultados de programas e projetos.
Programa Floresta em Pé (PFP)	O PFP está focado em quatro ações estratégicas: geração de renda, empreendedorismo, infraestrutura e empoderamento comunitário.
Programa Saúde na Floresta (PSF)	Resultado de ações da Aliança Covid Amazônia, o PSF qualifica o acesso à saúde, com políticas públicas e capacitações de profissionais da área.
Programa de Educação para a Sustentabilidade (PES)	Os trabalhos do PES são voltados à formação de crianças e adolescentes, garantindo oportunidades para uma educação mais inclusiva e de qualidade.
Programa de Soluções Inovadoras (PSI)	Com base em tecnologias sociais e soluções para a sustentabilidade desenvolve-se o PSI, cujos trabalhos focam em parcerias técnicas em PD&I.
Programa de Empreendedorismo e Negócios Sustentáveis (Pensa)	O PENSA auxilia empreendedores de comunidades ribeirinhas e indígenas com incubadora, cursos, oficinas e consultorias para gerir negócios inovadores e acessar créditos.



Foto: Bruno Kelly





Contato:

Manaus / Amazonas

Rua Álvaro Braga, 351 - Parque 10 de Novembro I
CEP 69054-595 I

(92) 4009-8900 / 0800 722-6459

fas-amazonia.org



/fasamazonia

