



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FioCruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM CONDIÇÕES DE VIDA E
SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVIDA**

MILENE DA SILVA MORAIS DAS NEVES

**REDES VIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: USOS E PERCURSOS DA
SAÚDE MATERNA NA AMAZÔNIA**

MANAUS – AM
2019

MILENE DA SILVA MORAIS DAS NEVES

**REDES VIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: USOS E PERCURSOS DA
SAÚDE MATERNA NA AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

MANAUS – AM
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

N518a

Neves, Milene da Silva Morais.

Redes Vivas em região de fronteira: usos e percursos da saúde materna na Amazônia. / Milene da Silva Morais Neves. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.

99 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2019.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Saúde Materno-infantil 2. Saúde perinatal – Amazônia I. Título

CDU 614-053.2(811) (043.3)

CDD 618.2409811

22. ed.

MILENE DA SILVA MORAIS DAS NEVES

**REDES VIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: USOS E PERCURSOS DA
SAÚDE MATERNA NA AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt - Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza - Membro
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla - Membro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Manaus, 15 de Junho de 2019.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Bruno e minha filha Ana, pelo amor, carinho, compreensão e estímulo que me oferecera. Dedico-lhes esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, Yahweh. Aquele que É, e que dá sentido a tudo que existe em minha vida. Sem Ti eu não existiria.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, por todo ensinamento e paciência que teve com essa aprendiz. Pelas conversas ricas em troca de saberes. Por me fazer compreender e demonstrar na prática a valorização do saber do outro, tornando o fazer pesquisa verdadeira lição de vida.

Ao prof. Dr. Rodrigo Tobias, pela riquíssima troca de conhecimento. Por acreditar que conseguiria fazer mais do que eu mesma pensava. Meus sinceros agradecimentos.

Aos Gestores, trabalhadores e usuárias da Rede de Saúde Materno Infantil do município de Tabatinga, Amazonas. Por toda troca de conhecimento, pelas redes por nós tecidas, pela disponibilidade em construirmos juntos tudo o que está posto aqui nesta pesquisa.

Ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, LAHPSA, pelas oportunidades de compartilhamento de afetos e de produção em coletivo de pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, pelo percurso metodológico de aprendizado neste período.

Aos colaboradores do Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD/FIOCRUZ, pela disponibilidade e carinho com que nos trataram sempre.

As Amigas da turma do PPGVIDA 2017 pelo companheirismo, amizade, cumplicidade, troca de conhecimento. Por me fazerem não apenas respeitar as diferenças, mas me ensinarem a conviver com elas, como eu amadureci convivendo com vocês! Que seja pra vida toda. Em especial a minha psicóloga particular Priscila Correia pelas conversas infundáveis sobre nossos métodos, e pela ajuda nessa iniciação na pesquisa qualitativa, Obrigada Pri!

A Camila Soares, meu par de pesquisa. Sorte a minha te ter nessa caminhada. Obrigada pela paciência, companheirismo, cumplicidade. Tenho certeza que teu caminho na pesquisa é e será sempre brilhante pela competência em tudo que faz.

Aos Professores membros da banca Dr. Rodrigo Tobias e Dr. Alcindo Ferla, por preciosíssimas contribuições para esta produção. Obrigada pela disponibilidade e auxílio.

Aos meus Amigos professores da Universidade do Estado do Amazonas, Prof. Msc. Helder Bindá e Profa. Msc. Cristiane Aschidamini. Nossa parceria é pra vida, sem vocês não teria conseguido.

Aos meus Alunos Monitores da Universidade do Estado do Amazonas, por estarem sempre dispostos, e prontos em nos ajudar. Vocês foram fundamentais nesta caminhada.

A minha família, pelo apoio, pelo amor, pelas orações, por confiarem e acreditarem sempre em mim. Vocês são minha base, meu alicerce, minha vida. Amo vocês incondicionalmente.

Ao amor da minha vida, Ana. Minha filha amada, um sonho materializado, tudo por você.

Ao meu grande amor, meu companheiro de todas as horas, mais uma vitória, mais uma etapa por nós vencida.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Martin Luther King

RESUMO

O acesso à saúde deve ser garantido pelo Estado uma vez que a saúde é um direito humano fundamental e assim está registrado na Constituição Brasileira. As ações realizadas para isto devem ser elaboradas e implementadas segundo os princípios da equidade em qualquer contexto sociocultural. As redes de atenção à saúde são ferramentas que auxiliam na condução e no acesso da população à saúde. Na fronteira o acesso se dá de formas variadas, uma vez que a população utiliza o território de acordo com suas necessidades, criando redes informais com conexões existenciais, o que denominamos de “Redes Vivas”. A Rede de Saúde Materno-Infantil apresenta indicadores que permitem a análise dos fenômenos e características da população de uma determinada região e atua como indicador social de desenvolvimento humano entre países. Com isto, esta pesquisa visa produzir conhecimento referente à estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) em região de fronteira na Amazônia nas ações voltadas à saúde materna. O objetivo desta pesquisa é compreender as redes produzidas pelos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à saúde materno-infantil na tríplice fronteira do Estado do Amazonas. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, com utilização da metodologia do Usuário Guia. A pesquisa foi realizada no município de Tabatinga, que apresenta um território com características de um município do interior do estado do Amazonas somados a localização na região de tríplice fronteira, entre Brasil, Colômbia e Peru. O município é referência para a rede de média densidade tecnológica da microrregião do Alto Rio Solimões. O acesso aos serviços de saúde pela população, seja ela de qualquer nacionalidade, ratifica os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade do SUS. Esperamos que este estudo fortaleça a Rede de Saúde Materno Infantil através do entendimento das redes produzidas pelas usuárias no acesso à saúde em territórios específicos.

Palavras-chave: Saúde Materno Infantil. Saúde na Fronteira. Amazônia.

LISTA DE SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DNCr – Departamento Nacional da Criança

EPS – Empresas Promotoras de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESSALUD – Seguro Social de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

LAHPSA – Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMMB – Programa Mais Médicos Brasil

PNSMI – Programa Nacional de Saúde Materno-infantil

POS-S – Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado

RAS – Redes Assistenciais de Saúde

RC - Rede Cegonha

SGSSS – Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde

SINASC – Sistema de Informações de Nascido Vivos

SIS – Seguro Integral de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCDU – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	14
2.1 GERAL	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 TERRITÓRIO E FRONTEIRA	14
3.1.1 Caracterizando o território de Fronteira do Alto Solimões	16
3.1.2 Caracterizando os sistemas de saúde do território de fronteira do Alto Solimões	19
3.2 REDES VIVAS.....	21
3.3 SAÚDE MATERNO INFANTIL	23
4. METODOLOGIA DA PESQUISA	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 ÁREA DE ESTUDO	28
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	29
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DO ESTUDO	29
4.5 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS	32
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
5. RESULTADO	34
5.1 ARTIGO 1	34
O USUÁRIO GUIA COMO MÉTODO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.	34
5.2 ARTIGO 2:	50
REDES VIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: USOS E PERCURSOS DA SAÚDE MATERNA NA AMAZÔNIA	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	86
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS E GESTORES	86
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE	88
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS – TCUD.....	90
APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA DA Maternidade Celina Villacrez Ruiz	91
APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	92
ANEXOS	94
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	94

INTRODUÇÃO

Em 1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a saúde foi constituída como direito fundamental, devendo ser garantida pelos Estados. Esta garantia se daria pela realização de políticas públicas de saúde, as quais não deveriam apresentar nenhum tipo de discriminação ou restrição (ONU, 1948). Estas tendem a serem nacional ou até mesmo universais tendo dificuldades para dialogar com as realidades regionais. No Brasil o direito à saúde é garantido categoricamente na Constituição Brasileira de 1988, e, posteriormente, seus princípios e diretrizes foram detalhados através da legislação complementar do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar a Amazônia como cenário, temos uma região com singularidades que se apresentam como um enorme desafio para as políticas públicas brasileiras. Essa questão torna-se mais evidente quando tais singularidades se relacionam com as especificidades de outros países (SCHWEICKARDT, *et al.* 2016).

A globalização possibilitou a integração regional entre países da América do Sul para formação de mercados comuns através do Mercosul, criado em 1991. A influência mútua diária dos serviços econômicos e sociais incentivam o fluxo de pessoas que buscam serviços de um lado ou outro da fronteira. Não é diferente com relação à busca pelos serviços de saúde, gerando tensões e desafios para o fortalecimento das políticas públicas em cidades fronteiriças, principalmente quando esta região é constituída por países que possuem sistemas de saúde com diferentes modelos de organização e gestão das políticas públicas (GIOVANELLA, 2007; LEVINO, 2010).

As populações das cidades fronteiriças se utilizam do território conforme sua necessidade, ora utilizando os serviços de seu país, ora cruzando a fronteira em busca do serviço que necessita. Essa população lança mão de estratégias para o enfrentamento das desigualdades impostas pela divisão política e espacial de uma fronteira internacional, principalmente quando faltam respostas para suas necessidades em seu país. Esse fluxo de clientela no serviço de saúde compromete a efetividade das políticas de saúde, pois a intensa mobilidade tende a não vincular o sujeito no serviço de saúde, dificultando o acompanhamento deste pela equipe de saúde (GADELHA e COSTA, 2007; PEITER, 2007).

Com as características, colocadas anteriormente, de uma região de fronteira, somadas às características regionais de um município do interior do Amazonas, nos é mostrada a cidade de Tabatinga, localizada em uma região de tríplice fronteira pertencente a região do Alto Solimões no estado do Amazonas. Esta tríplice fronteira é formada pelas cidades Santa

Rosa do Yavari (Peru), Letícia (Colômbia) e Tabatinga (Brasil), das quais apenas o Brasil apresenta um sistema de saúde universal e gratuito.

A nossa abordagem é pensar, para efeitos de analisar os sistemas de saúde e demais políticas públicas, os lugares e os territórios na Amazônia como espaços sócio-políticos de presença e não como lugar de vazios e ausências, como locais de potência e de inovações e de estratégias para produção do cuidado seja nas redes formais como nas informais. Sendo assim, nos motiva compreender os modos de vida de uma população em um território específico, suas estratégias, suas redes de relações produzidas em busca de cuidado, permitindo a discussão sobre o fortalecimento das políticas públicas de territórios distintos (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016), tendo a diversidade local e a mobilidade como características marcantes do território. No caso específico desse estudo, a singularidade de uma região de fronteiras internacionais nos coloca diante da estratégia internacional de organização de sistemas nacionais de saúde para dar consequência à saúde como direito humano.

A tríplice fronteira da região do Alto Solimões, mais especificamente Tabatinga, nos foi apresentada através de uma pesquisa proposta à Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), pelo Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia (LAHPSA), vinculado à FIOCRUZ-Amazônia. A inserção na equipe de pesquisa se deu após aprovação em mestrado acadêmico no programa de pós-graduação Condições de Vida e Situação de Saúde na Amazônia-PPGVIDA, do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ Amazônia. A pesquisa proposta era um estudo de caso sobre os efeitos do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) na atenção básica em região de fronteira amazônica. Durante as entrevistas e análises realizadas observamos a inquietude dos profissionais quanto às diferenças dos sistemas de saúde dos três países que compõem esta região de fronteira e a falta de cooperação entre estes, sendo o Brasil o único a oferecer gratuidade universal para seus serviços, ao menos em termos legais.

Além desta questão, o tema que mais gerava tensão nos serviços, segundo os relatos dos entrevistados, era a utilização da Rede de Saúde Materno Infantil -infantil por grávidas estrangeiras, que acessavam a rede já com idade gestacional avançada e sem registro dos procedimentos recomendados pelos protocolos brasileiros de cuidado a este segmento populacional. A questão não era apenas a gratuidade dos serviços de saúde, mas também pelas implicações de proteção social dadas pelo governo brasileiro ao nascido no Brasil como aposentadoria, bolsa-família, dentre outros.

Há, então, uma expressão visível do conflito entre a saúde como direito humano e a organização de sistemas nacionais de saúde, funcionando a região de fronteira como um marcador da tensão para o setor saúde. O escopo de Nação é sobreposto, pela população, à condição humana de portar direitos inerentes a isto, seja a saúde ou a garantia de circulação nos diversos territórios que lhe forem oportunos.

Tendo estas questões como base, tivemos o interesse de investigar como funciona a rede materno-infantil em uma região de fronteira. Com isso, não apenas entender a organização da Rede de Saúde Materno Infantil nos interessou, mas também saber quais os caminhos percorridos pela gestante em um território de fronteira em busca do cuidado? Ao percorrer esses caminhos como elas usam o território buscando tecer redes de interações com o serviço de saúde e com outras redes pessoas e instituições? Como operam as condições formais de organização dos sistemas nacionais de saúde desses países em relação ao cuidado na condição de gestação?

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os indicadores de mortalidade materna e infantil são sensíveis a uma ampla gama de condições de produção da saúde, inclusive os modos de organização das ações e serviços, e podem nos revelar vários aspectos de um território, como desigualdades sociais, desenvolvimento socioeconômico e qualidade de vida. Portanto, se a Rede de Saúde Materno Infantil foi eficiente em seus componentes, há redução desses indicadores (CASSIANO *et al.*, 2014). Não é por acaso que tem sido objetivo dos países pactuarem diminuição dos índices de mortalidade infantil e melhora na saúde das gestantes. Com isso várias medidas são tomadas com objetivo de melhorar esses índices, proporcionando uma atenção mais qualificada para esses grupos (ARAÚJO, 2015).

Para serem formuladas essas medidas é necessário conhecimento sobre a Rede de Saúde Materno Infantil em regiões de características específicas, como é o caso das fronteiras. Por ser um território onde sua população é diversificada e tem fluxo migratório intenso, com acesso aos serviços de saúde, necessita de mais atenção quanto à dinâmica de produção do cuidado com a finalidade de proporcionar base para elaboração de políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Entre 2006 e 2016 foram 16.971 nascidos vivos em Tabatinga, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), quando a busca é estratificada por nascimentos por local de residência da mãe. Quando o filtro é nascimento por local de ocorrência no mesmo período, este número chega a 17.728 nascidos vivos (BRASIL, 2016). Estes dados demonstram um quantitativo importante de nascimentos nesta região. Assim, entendemos que

neste território várias estratégias são utilizadas pelos usuários e pelos profissionais dos serviços de saúde para sanar as barreiras de acesso ao cuidado. Acreditamos que, como toda a Amazônia, a tríplice fronteira do Alto Solimões tem muito a contribuir para a compreensão dos usos de redes formais e informais para acesso à produção do cuidado na gestação.

A estas redes estabelecidas, denominamos Redes Vivas (MERHY e GOMES, 2014). Onde os encontros entre o usuário e outros sujeitos, sejam dos serviços de saúde ou não, formam os nós da rede e estes se conectam através de significados dados pelo usuário que tece sua rede em forma de malha conforme produz vida, movimentando-se em um território. Aqui trazemos a ideia de território, proposta pelo geógrafo Milton Santos (LIMA e YASUI, 2014), onde este, não se apresenta como em uma geografia estática, mas é cheio de movimento, de vida. É dinâmico pois é baseado nas relações presentes e nos usos do território estático estabelecidos pelos sujeitos que o habitam. Assim, falamos sobre os processos relacionais que ocorrem em um determinado local, e estes influenciando no modo de viver de sua população.

As regiões de fronteira são territórios ricos a serem explorados quanto aos seus modos de produzir vida. E, ainda são poucos os estudos que abordam a temática “saúde na fronteira”, principalmente quando se trata da fronteira amazônica na relação com a Rede de Saúde Materno Infantil. Assim, esta pesquisa pretende contribuir com o fortalecimento das políticas públicas de saúde em territórios amazônicos, estimulando a reflexão quanto aos processos de trabalho dos serviços de saúde, a partir da realidade dos territórios em que estão inseridos.

A produção do conhecimento científico tem uma proposta compartilhada, isto é, construída juntamente com os profissionais de saúde e com os usuários. É o que Merhy chama de pesquisa implicada ou “in-mundo”, quando o pesquisador se envolve com os sujeitos da pesquisa, procurando superar as assimetrias na relação pesquisador-sujeitos da pesquisa (MERHY *et al.*, 2016). Isso nos permite conhecer as necessidades de uma população e as estratégias estabelecidas pelas políticas de saúde para proporcionar o cuidado em territórios de características específicas, podendo subsidiar as tomadas de decisão dos gestores do setor saúde.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é compreender como são constituídas as Redes Vivas de uma gestante usuária da Rede de Saúde Materno Infantil na tríplice fronteira do Estado do Amazonas. E através do seu caminhar compreender as estratégias e desafios estabelecidos, por ela e pelos profissionais de saúde, para enfrentamento das questões de

saúde presentes em território de fronteira amazônica. Esperamos que com os achados produzido em nosso caminhar, possamos fomentar discussões entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde quanto aos processos realizados na produção do cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender as redes dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à saúde materno-infantil na região da tríplice fronteira do Alto Rio Solimões, Estado do Amazonas.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Descrever a Rede Materno Infantil na região da tríplice fronteira;
2. Mapear as redes de relações das usuárias na produção do cuidado em suas questões de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TERRITÓRIO E FRONTEIRA

Desde a segunda metade do século XX várias áreas de conhecimento, além da geografia, têm refletido sobre o conceito de território. Não apenas arraigadas à definição de um espaço geográfico, que de fato o é, mas também carregado de conotação simbólica e existencial. A questão territorial é sempre presente nas decisões do Setor Saúde, principalmente nos documentos e planejamentos de ações. Sendo assim, ao abordarmos a questão de território se faz necessária compreensão sobre esses conceitos.

Haesbaert (2004), baseado nas ideias de Lefebvre, nos traz o conceito de território como um local de dominação, porém, não apenas de caráter político, mas no sentido de

dominação e apropriação. A dominação traz ideia de um território como um recurso, valor de troca, comercialização. Enquanto que a apropriação é como um simbolismo, tem caráter cultural, uma segurança afetiva. O processo de dominação e apropriação denomina territorialidade, que além da dimensão política, envolve relações econômicas e culturais. Sendo assim, o território refere-se às relações, enquanto que, a territorialidade faz alusão a como os sujeitos estabelecem essas relações, como utilizam a terra, como se organizam no espaço e os significados que o lugar tem para sua existência.

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo [...]. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”.
(GUATTARI, ROLNIK, 1986, p. 323 *apud* MERHY e GOMES, 2014).

O território é o resultado de um construto social. Rodrigues (2015), apresenta território como sendo uma área delimitada por relações de poder, porém, construída pelos modos de vida dos sujeitos, através de suas conexões e redes de relações existenciais. Portanto, atualmente, o conceito de território evidencia não só seu aspecto geográfico de lugar ou espaço, mas também suas interações e relacionamentos sociais que são expressivos a ponto de moldar a organização do espaço, tornando cada vez mais flexível o entendimento sobre fronteira.

Fernandes (2009), propõe entendê-lo como um espaço de governança, porém reconhecendo que há outros tipos de territórios determinados pelas relações e classes sociais. A este território material (governança) e imaterial (relações) denomina território diverso. O autor afirma ainda que, a partir das diferentes relações produzidas em um território, estes são “*produzidos e destruídos em permanentes conflitos*”. Dessa forma, conclui-se que várias dimensões formam um território e são formadas pelos sujeitos ao se relacionarem entre si e com a natureza, acrescenta ainda que, estas relações não são estranhas ao território, mas sim parte de sua formação.

Trazendo para o contexto desta pesquisa que está relacionada a um território de fronteira, Rodrigues (2015) discorre em seu trabalho sobre uma revisão de literatura com os temas território e fronteira citando vários conceitos. Neste, conclui que houve o desenvolvimento tanto na definição de território quanto de fronteira. Entende-se por fronteira não apenas a designação de um território característico de dominação por poder, mas sim por

sua relação existencial produzida entre os países que a formam. Para a autora estas relações situam-se em dois campos: o econômico, que fortalece os acordos comerciais e, o social, onde conversam diversas culturas que se misturam no cotidiano fronteiriço, caracterizando assim em uma cultura de fronteira.

Observamos uma intensa movimentação de grupos populacionais em diferentes lugares do mundo motiva por questões de conflitos políticos, étnico-raciais, econômicos e outros. Esse movimento tem desafiado as questões de saúde, principalmente nas fronteiras internacionais, quanto a ser um direito humano ou de cidadania. Mesmo com as Declaração dos Direitos Humanos, acordada pela ONU (ONU, 1948) tendo valor universal, o poder-político é exercido pelo conceito de Nação, sendo regida pelas leis que imperam em seu território geográfico (FLEURY, 2018).

Nas fronteiras internacionais, encontramos o território em constante processo de produção, pelos fluxos populacionais, as relações econômicas e sociais estabelecidas. Este processo é demonstrado por Deleuze, em seu texto Abecedário, como desterritorialização e reterritorialização (MERHY e GOMES, 2014). Assim as questões de saúde são desafiadas nessas reterritorialização, pois o conceito de território tido nas estratégias das políticas de saúde, não contemplam as particularidades encontradas nessas regiões.

Diante do exposto, concluímos que o território ultrapassa os limites de dominação política. As relações, as redes existenciais, os modos de vida produzidos nos espaços é que definem o território. Dessa forma, Haesbaert (2006) afirma que para entendermos as redes de conexões existenciais precisamos estudar os diferentes territórios como constitutivo da condição humana. Estudar um espaço específico, como é o caso da fronteira, nos permite compreender as necessidades de uma população e as estratégias criadas para contornar as barreiras de diferentes ordens, sejam políticas, socioeconômicas e político-estrutural.

3.1.1 Caracterizando o território de Fronteira do Alto Solimões

Geograficamente, temos o conceito de fronteira como sendo uma linha que marca os limites de um território. O Brasil apresenta uma linha de fronteira de 15.719 km que percorrem no sentido norte-sul. Nesta extensão, interliga-se com 10 dos 13 países constituintes da América do Sul. Sendo assim 11 unidades federativas e 121 municípios localizam-se na linha de fronteira, destes 52 são pertencentes a região Norte do país

(LEVINO, 2010). Na figura abaixo (FIGURA 1) é possível ver a representação da região fronteira do Estado do Amazonas (BR), Departamento do Amazonas (CO) e Departamento de Loreto (PE).

Figura 1. Tríplice Fronteira Brasil, Colômbia e Peru.



Fonte: Google Maps, 2019.

A lei nº 6.634, de 02/05/1979 estabeleceu que ao território paralelo, dentro do perímetro de 150 km a partir da linha de fronteira, denominar-se-ia Faixa de Fronteira. Através da reestruturação do Programa de Desenvolvimento de Faixa de Fronteira no ano de 2005 foram definidos três arcos para planejamento de ações do Ministério da Integração: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul. Para esta divisão foram levados em conta a base produtiva e a identidade cultural (BRASIL, 2005).

O Arco Norte tem como constituintes os municípios do Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. Estes somados apresentam uma área de 9 058 km, com um total de 71 municípios (BELO, 2013). Dentre esses estados tem-se as seguintes sub-regiões de faixa de

fronteira: Oiapoque-Tumucumaque, Campos do Rio Branco, Parima-Alto Rio Negro, Alto Solimões, Alto Juruá e o Vale do Acre-Purus. Na sub-região do Alto Solimões concentram-se os principais determinantes de uma região de fronteira que agravam a saúde, tendo o intenso fluxo populacional, a falta de acesso à saúde e a condição de vida precária como os agravantes (PEITER, 2005).

É na sub-região supracitada que o Amazona apresenta uma peculiaridade, uma região de tríplice fronteira com presença de cidades gêmeas. Estão interligados nesta fronteira o Brasil, a Colômbia e o Peru pelas cidades de Tabatinga, Letícia e o distrito populacional de Santa Rosa de Yavari, respectivamente. Sendo Tabatinga e Letícia consideradas como cidades gêmeas reconhecidas pelo Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2014). Como menciona Levino (2010), a dimensão da fronteira Brasil-Colômbia é de aproximadamente 1.645km, enquanto que a fronteira Brasil-Peru mede, aproximadamente, 1.154km. Para melhor compreensão do território da tríplice fronteira do estado do Amazonas descreveremos brevemente acerca de dados encontrados sobre as cidades que o compõe com objetivo de entender as características sociodemográficas e econômicas de cada país.

O Departamento do Amazonas está localizado na parte sul da Colômbia. Tem uma área de 109,665 km², representando 9,6% do território nacional e 27,2% da Amazônia colombiana. É formado por dois municípios, Letícia, que é a capital, e Puerto Nariño. Dos 56.036 habitantes do Departamento, mais da metade (57,9%) concentram na capital Letícia (LETICIA, 2008). A economia está alicerçada principalmente na exploração e exportação de recursos florestais e agricultura tendo também a pesca como um setor importante devido à existência de numerosos rios, riachos e canais. A comercialização de produtos de consumo final é considerada a maior contribuição para o orçamento dos moradores de Letícia uma vez que há intenso intercâmbio comercial com os países vizinhos (GALLO *et al.*, 2013).

Loreto é um dos 25 departamentos em que está dividido o Peru, e tem por sua capital Iquitos. É neste departamento que se localiza o distrito populacional de Santa Rosa de Yavari distante a 3 ou 4 dias de barco de Iquitos ou 09 horas de Rápido (Lancha rápida). De Tabatinga fica a aproximadamente 05 minutos de barco. Santa Rosa de Yavari tem uma população local de cerca de 2500 habitantes. A pesca e a agricultura são as principais atividades econômicas. Tem em sua estrutura, a presença de duas escolas e um serviço de saúde (GILAT PERU, 2018). A escassez de informações sobre este distrito torna difícil uma melhor caracterização.

O município de Tabatinga faz parte da microrregião do Alto Solimões, possui aproximadamente 52.272 habitantes, porém tem esse número modificado pelo regime de cheias e vazantes dos rios, bem como pela migração pendular que ocorre por conta da fronteira. (IBGE, 2010; ZASLAVSKY; GOULART, 2017). Sua principal atividade econômica é o comércio, seguido pela pesca e pela agricultura. Localiza-se a distância em linha reta de 1.105 km da capital do estado do Amazonas, Manaus (TABATINGA, 2018).

Por conta da proximidade entre os municípios colombiano e brasileiro, e o distrito peruano, nota-se frequentemente a migração pendular da população que, por vezes, trabalha em uma cidade, mas reside na outra (SUÁREZ-MUTIS *et al.*, 2010). Além das interações econômicas, reitera-se a questão do fluxo populacional em busca de atendimento e assistência à saúde, uma vez que cada país possui seu sistema de saúde, mas apenas o SUS proporciona acesso universal e gratuito.

Os territórios de fronteira devem ser compreendidos como um componente especial de múltiplas transformações dada a intensa dinâmica de interação dos países e cidades que o compõe. Essa dinâmica peculiar a este território também se insere nos serviços de saúde, uma vez que há a necessidade de reorganizar os serviços, de forma que o mesmo se adeque às necessidades do território em que estão inseridos, tendo em vista que as políticas nacionais não preveem as particularidades regionais (SCHWEICKARDT, *et al.*, 2016).

Portanto, com as características supracitadas observa-se a região ~e detentora de uma significativa diversidade socioculturais que se reflete no permanente fluxo de pessoas entre as cidades, entre territórios indígenas, que culturalmente ultrapassam a ideia de uma fronteira entre nações. Tais relações transfronteiriças podem ser observadas não apenas na movimentação dos indivíduos, mas em suas relações parentais, trabalhistas e sociais, e compõe o cotidiano dessa região, sendo possível afirmar que não existe fronteira na fronteira, mas uma condição ou situação de fronteira, produtora de diversos encontros.

3.1.2 Caracterizando os sistemas de saúde do território de fronteira do Alto Solimões.

Cada país apresenta um modelo assistencial de saúde de acordo com sua legislação. Em um território de fronteira temos então uma região de grande fluxo migratório de pessoas regidas pelas leis de seus países, buscando serviços em outro país de legislação diferente, objetivando melhor oferta de ações e serviços de saúde. Dessa forma, faz-se necessário a

caracterização da organização assistencial, com o objetivo de elucidar a produção do cuidado neste território.

Na Colômbia, o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) é que atua como ferramenta de acesso. Este é sustentado por um regime de contribuição por cotas estabelecidas e conta também com parte dos valores da arrecadação de impostos. Neste sistema as Empresas Promotoras de Saúde (EPS) são órgãos que administram as ofertas de serviços e os contratos estabelecidos com as instituições que oferecem os serviços assistenciais (planos de saúde). Sendo assim, a saúde é vinculada ao setor de seguridade social. Para a porcentagem da população que não pode contribuir, o governo subsidia o custo através do Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POS-S), assim como para casos de incapacidade ou licença maternidade. São, então, definidas cestas de serviços básicos de saúde diferenciados para cada grupo social e econômico (GAVAS, 2016; CÁRDENAS *et al.*, 2017). Indicadores, datados de 2008 e divulgados pela prefeitura de Letícia, relatam que aproximadamente 48,5% da população é coberta pelo regime subsidiado, ou seja, coberto pelo Estado. Enquanto que 29,8% da população contribuem ativamente com as EPS (LETICIA, 2008b).

Já no Peru, o Seguro Social da Saúde (ESSALUD) cobre a população assalariada, que contribui com o sistema de saúde por meio de cotas. O Ministério da Saúde disponibiliza o Seguro Integral de Saúde (SIS) divididos em 4 tipos: Free SIS (pessoas em situação de pobreza, extrema pobreza ou são mães grávidas e até 42 dias após o parto, crianças menores de 5 anos, bombeiros, entre outros); SIS Independente (para qualquer cidadão que contribua); SIS Microempresa (trabalhadores registrados por empresas) e SIS Empreendedor (para trabalhadores autônomos). Há variação das cestas de serviços dependendo do SIS (medicamentos, procedimentos, operações, suprimentos, bônus de enterro e transferências). Todos tem cobertura para uma lista pré-definida de aproximadamente 1.400 doenças (ALCALDE-RABANAL *et al.*, 2011).

O Brasil, por sua vez, dispõe do SUS, cujo recursos são provenientes da arrecadação de impostos, previdência de trabalhadores e empresas, contribuição social vinculada aos lucros das empresas e cooperação internacional. Promove cobertura universal em todos os níveis de complexidade, ofertados a qualquer cidadão que se encontre em território brasileiro. A rede privada de planos de saúde é complementar e não impede que o usuário seja também assistido nos serviços públicos. Esta também é utilizada pelos serviços públicos quando este

não dispõe de estrutura para alguns serviços como diagnóstico, média e alta complexidade (LEVINO; CARVALHO, 2011).

A procura por serviços de saúde é um atrativo para a circulação de pessoas entre os países que compõe uma fronteira, principalmente os de acesso terrestre com cidades gêmeas como é o caso de Tabatinga e Letícia. Estas se caracterizam por serem polos regionais de saúde, mesmo só apresentando níveis primários e secundários de atenção, tendo as capitais de seus estado ou departamento como referência para casos complexos (PEITER, 2013).

3.2 REDES VIVAS

O conceito abordado por nós como Rede Viva é inspirado na ideia de rizoma. Este foi apresentado por Deleuze e Guattari em sua obra *Mil Platôs*, onde constroem um modelo epistemológico baseado na comparação um rizoma, termo emprestado da biologia, com uma rede cheia de elos e interconexões. Considera-se que o sujeito é um ser em multiplicidade, onde os acontecimentos ocorrem ao mesmo tempo e estes se interconectam em sua produção de vida. Esta rede tem capacidade de proliferação e espalhamento conforme as necessidades vão surgindo no caminhar da vida. Com conexões, bifurcações, conexões imprevisíveis, e estas dependem de uma série de significados e de como afetam o sujeito (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

Ao considerarmos o conceito de território, como já discutido anteriormente, sob a perspectiva de um local onde as relações o estabelecem, compreendemos que as redes vivas o tornam dinâmicos. Com isso as relações, os encontros provocados neste lugar, produzem vida e influenciam nos modos de viver e nas escolhas feitas pelos sujeitos que se utilizam do território. Assim, ao trabalharmos com o conceito de território onde Redes Vivas são tecidas, oportunizamos a compreensão da necessidade de se levar em conta os sentidos que as relações apresentam por meio das práticas cotidianas dos sujeitos (LIMA e YASUI, 2014).

As populações que constituem um território formado pelas interações socioeconômicas de países fronteiriços, instrumentalizam esse local de acordo com seus interesse e necessidades. As relações, costumes, modos de vida, formam uma fronteira social

estabelecida pelas redes de conexões existenciais da comunidade interfronteiriça. Essa interação se sobrepõe às demarcações estatais, reafirmando ou negando o espaço delimitado geograficamente. Neste cenário, entendemos que compreender as redes tecidas pelos indivíduos nos permite enxergar ações solidárias de enfrentamento do cotidiano entre grupos expostos a vulnerabilidade social, favorecendo assim, a discussão sobre o fortalecimento de políticas de promoção a saúde (RÍO *et al.*, 2009). Estas redes são produzidas nos encontros dos sujeitos em suas experiências vividas.

Os usuários são redes vivas de si próprios, estão o tempo todo produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados, as redes vão em acontecimentos sendo tecidas. Essas podem ser fragmentárias, surgir pela necessidade, por conveniência, e se desfazerem em outro momento. Sendo assim, não estão rígidas em uma forma a ser seguida em sua construção, mas são formadas em movimentos conforme os acontecimentos que atravessam a existência do indivíduo (MERHY e GOMES, 2014).

Os encontros, elos da Rede Viva, são constituídos tanto com os profissionais dos serviços de saúde, quanto com outros sujeitos que integram as relações sociais do usuário. Muitas vezes as redes produzidas para fora dos muros dos serviços de saúde são desconhecidas pelos profissionais de saúde, e são encontros importantes que atuam sobre as decisões tomadas pelo usuário quanto ao seu projeto terapêutico. Assim, destaca-se a importância de fazer com que os serviços de saúde enxerguem o usuário em sua multiplicidade de existência, compartilhando saberes, formando ponto de conexões, pois é no tecer de redes, o cuidado é produzido (MERHY, 2014).

Em saúde, o conceito de redes não pode ser reduzido à organização em nível hierárquico de assistência ao usuário. Sendo assim, as redes de conexões existenciais dos indivíduos potencializam a produção de cuidado (FERREIRA e COSTA, 2017). O conceito de Redes Vivas tem o usuário como protagonista em sua base territorial, com isso convida o profissional da saúde a integrar seus saberes, pois este também atua com produtor de suas redes, com os do usuário a fim de ampliar a concepção do cuidado em saúde (HADAD *et al.*, 2016). O usuário é um ser em constante processo de produção de vida no qual a sua condição de saúde é apenas um dos aspectos da totalidade de sua vida e portanto isso implica “*a inserção em processos de criação voltados para a construção de novas línguas, novos territórios, novos sentidos*” pelos serviços de saúde, objetivando não apenas a melhora do quadro patológico como a promoção a saúde em seu conceito mais amplo.

O caminhar tece a fina e delicada trama que sustenta a densa camada do processo da atenção primária, algo que não tem expressão numérica, mas reflete e constitui a produção de vínculo que constrói com o usuário outros modos de romper as barreiras e promover acesso ao sistema de saúde (ABRAHÃO *et al.*, 2016)

A equipe de saúde tem os encontros entre si e também com os usuários, formando uma rede na micropolítica do trabalho. Em qualquer um destes encontros estão implicados os saberes e o agir simbólico, a subjetividade que materializam as ações do cuidado, formando uma entrelaçada rede relacional. Sendo assim, todo processo de saúde trabalha em rede mesmo que, aparentemente, esteja subjugado por um modelo hierárquico e normativos. As redes formadas potencializam as ações do cuidado, uma vez que há um forte cruzamento de seus pontos de ligações. Essa diversidade de fluxos relacionais permite a multiplicidade da rede e permite a formação da linha do cuidar (FRANCO, 2006).

Os encontros entre usuários e profissionais da saúde, é dotado de vários saberes. Portanto não é apenas um encontro entre indivíduos, mas exige operações relacionais que não sejam hierárquicas, mas operem conjuntamente. Utilizar as verdades-chaves para dialogar, resulta em *“reconhecer o outro como sabido”* e permite ter *“o lugar do desejo do usuário como ponto de referência”*, tornando-o sujeito ativo na produção do cuidado. A utilização dos sentidos (audição, toque, fala) operando com os saberes, como forte utilização das tecnologias leves, que são as relacionais, tem grande influência na resolutividade na produção do cuidado centrado nas necessidades do usuário (MERHY, 2014).

Sendo assim, conhecer as redes vivas tecidas pelos usuários de uma rede de serviço de saúde nos permite pautar ações que envolvam a integralidade do cuidado que, segundo Franco (2006) implica conexões em rede para ser realizada. Entende-se, então, que as redes possibilitam ações de enfrentamento das questões cotidianas principalmente de grupos que vivem em territórios com características peculiares, pois estes geram sentimento de pertencimento a um grupo social, possibilitando a conquista de novas oportunidades de produção do cuidado.

3.3 SAÚDE MATERNO INFANTIL

Devido às várias alterações físicas, emocionais e sociais, a gestação é um período que demanda cuidados especiais. Neste contexto os serviços de saúde devem ter a usuária como o centro da produção do cuidado, e não a doença, objetivando uma vivência segura no

ciclo gravídico. Para isso, as políticas de saúde da mulher garantem o cuidado integral e estão implementadas nas redes assistenciais de saúde (RAS) (CARVALHO, 2016).

As primeiras políticas de saúde voltadas para a relação pais e filhos estavam baseadas no entendimento dessa nova relação com a economia capitalistas. Era necessário entender o indivíduo não mais em sua forma particular, mas como um ser “*social produtivo*” que deve ser cuidado e protegido de forma médico-biológica, sobre controle e vigilância do Estado. E uma das ações que corroboraram para isso, foi a institucionalização do parto, com a qual o Estado tinha como fiscalizar o crescimento populacional (NETO *et al.*, 2008).

No Brasil, esta característica de vigilância estatal se dá pela criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), em 1940, a partir do Decreto-lei nº 2024. Este tinha por objetivo o cuidado não apenas com a criança, mas também com a mãe durante período gestacional e de amamentação (BRASIL, 1940). O cuidado em produzir fortes crianças para serem futuros trabalhadores para desenvolvimento da nação era o objetivo do Estado brasileiro no cenário econômico, o que acabou contribuindo para o avanço do conhecimento científico sobre as condições de saúde materno infantil.

Neste período o maior objetivo do governo era a redução da mortalidade infantil. Com as políticas implantadas houve diminuição deste índice, porém longe do esperado. Acreditava-se que melhores práticas de educação sanitária, por meio de orientações, seriam capazes de melhorar as condições de saúde das famílias. Porém não havia cuidados com a saúde da mulher para melhor qualidade de reprodução, apenas o incentivo para procriar. Era de responsabilidade da mãe e da família as ações de cuidado consigo e para com a criança. Sendo assim, essas ações realizadas pelo estado não alcançaram seus objetivos e ainda incentivaram o crescimento populacional (CASSIANO *et al.*, 2014).

Na década de 1960, com a ditadura militar, a saúde passou de coletiva para mais individualizada. Neste período, as instituições previdenciárias ganham força, mercantilizando a saúde. Em 1975, cria-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), que tinha como objetivo redução da mortalidade materna e infantil além de intervenções médicas como cesarianas e esterilização como método contraceptivo. Contudo, mais uma vez é formulado um programa centrado nos processos de reprodução, não tendo a saúde da mulher como ponto central da política. Com isto, o programa não surtiu o efeito necessário sobre os indicadores de saúde (MEDEIROS e GUARESCHI, 2009; SOUZA e TYRRELL, 2011).

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, os movimentos feministas começaram a questionar a ausência de políticas que tratassem a saúde da mulher além do ciclo gravídico. A partir de então, cria-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). E no mesmo ano criou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), dividindo assim a assistência voltada a mulher e a criança (SOUZA e TYRRELL, 2011).

O PAISM foi a primeira expressão de um programa que contemplava, mesmo que não totalmente, a saúde da mulher em outros aspectos que não apenas as questões de reprodução. Sendo assim, representava uma grande conquista com relação aos direitos reprodutivos das mulheres, ganhando total apoio dos movimentos feministas durante anos, o que garantiu o fortalecimento e implementação do programa (RATTNER, 2014). O programa propunha cuidados com a mulher a partir da adolescência até a terceira idade, envolvendo os três níveis de assistência e comprometendo-se atuar sobre educação sexual, apoio psicológico e até mesmo em relação ao aborto seguro (BRASIL, 2004b).

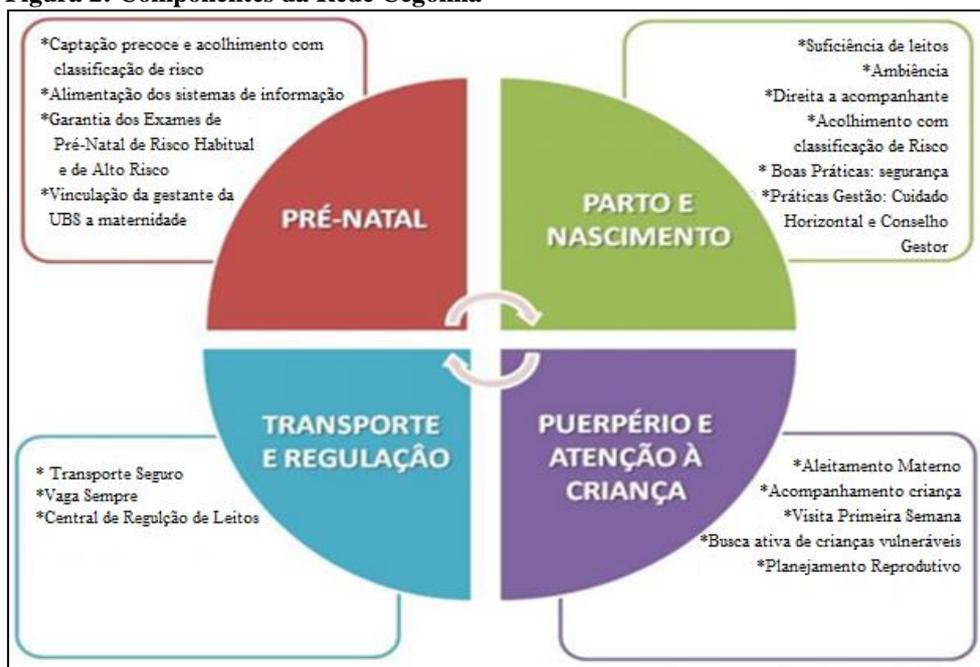
Porém mesmo com todo comprometimento do PAISM, após vinte anos de sua implementação, várias questões sobre a saúde da mulher ainda enfrentavam dificuldades. Neste cenário o Ministério da Saúde cria, então, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000. Prova-se assim que as ações em saúde e assistência pré-natal, ocupa um espaço significativo histórica e socialmente. O PHPN tinha a humanização e o respeito aos direitos das mulheres como estrutura principal fortalecendo ainda mais a rede de proteção à saúde materno-infantil (NETO *et al.*, 2008).

O PHPN garantia a integralidade da assistência bem como os investimentos necessários para implementação das ações. O programa tinha como objetivo redução das taxas de morbimortalidade tanto materna como perinatal e neonatal no Brasil. Garantia o direito ao acesso tanto da gestante quanto do recém-nascido à assistência à saúde no pré-natal, parto, puerpério e neonatal. Tinha como principal estratégia uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2000).

Ainda como consequência das conquistas femininas e com o intuito de promover melhorias na saúde materno-infantil é instituída pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde a Rede Cegonha (RC) pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta busca a garantia do direito à um planejamento reprodutivo, e uma atenção humanizada e qualificada durante ao ciclo gravídico-puerperal, além de também assegurar à criança um nascimento e crescimento seguros e saudáveis (BRASIL, 2011).

Por ser uma rede atualmente ativa, tem suas diretrizes como base para ações dos estados e municípios nos moldes organizacionais de uma rede de atenção materno-infantil. A RC foi estruturada em quatro componentes (FIGURA 2), nos quais se organizam as ações propostas para se alcançar os objetivos da rede e os compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo Brasil. Os componentes são: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança e sistema logístico (BRASIL, 2011e).

Figura 2: Componentes da Rede Cegonha



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2013. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica/areas-tecnicas/saude-da-mulher-crianca-adolescente-e-aleitamento-materno/2013/03/rede-cegonha>. Acesso em abril de 2019.

A Rede Cegonha é, até então, o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal. Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrange estratégias que vão desde orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade (CASSIANO, *et al.*, 2014).

Podemos então concluir que os movimentos populares tiveram papel importante na elaboração e implementação de políticas que envolvessem a rede de proteção à saúde materno-infantil. E ainda que, o objetivo de todas as políticas elaboradas é a diminuição da morbimortalidade materna e infantil. Apesar dos esforços, a redução dessas taxas ainda constitui um desafio para a saúde pública (ARAÚJO, 2014). No quadro abaixo (QUADRO 1), podemos ver a evolução dos programas voltados a saúde da mulher e da criança desde 1973 até 2018.

Quadro 1: Políticas, Programas e outros marcos legais com repercussão na Saúde da Mulher e da Criança no período de 1973 a 2018.

Níveis de gestão	1973-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2014	2015-2018
Intersetorial		Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)	Programa Bolsa Família (2004)	Plano Nacional pela Primeira Infância (2011) Brasil Carinhoso (2012)	Marco Legal pela Primeira Infância (2016) Criança Feliz (2016)
Sistema de Saúde	Criação do Sistema Único de Saúde-SUS (1988)	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) Estratégia da Saúde da Família (1994)		Programa Mais Médicos (2013)	
Saúde da Mulher	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984)		Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000) Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal (2004) Lei do acompanhante (2005) Lei da vinculação à maternidade (2007) Plano de Qualificação das Maternidades do Nordeste e da Amazônia Legal (2009)	Rede Cegonha – Rede de Atenção Materna e Infantil (2011)	Diretriz Nacional de Atenção à Gestante - a operação Cesariana (2015) Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016)
Saúde da Criança	Programa Nacional de Imunizações (1973) Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC (1984)	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1990) Projeto para Redução da Mortalidade na Infância (1995)	Política Nacional de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso - Método Canguru (2000) Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal (2004) Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009)	Rede Cegonha – Rede de Atenção Materna e Infantil (2011)	Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Criança -PNAISC (2015)

Fonte: LEAL, 2018.

Apesar da completude do programa estabelecido pela Rede Cegonha, os territórios amazônicos se apresentam como desafiadores para sua consolidação. No município de Tabatinga, AM, as questões de saúde relacionadas a média complexidade são as que mais apresentam dificuldades. A falta de médicos especialistas no território prejudica o acesso das usuárias a esses serviços. Assim, a busca por alguns serviços de saúde em Letícia, na Colômbia, contribui para o fluxo populacional na região. A maternidade de Tabatinga, é referência para os nove municípios da microrregião do Alto Solimões. E, além de atender a

demanda das usuárias brasileiras, também é utilizada pelas gestantes colombianas e peruanas que buscam os serviços. Vale ressaltar que a maternidade conta com uma sala especial para a partos de gestantes indígenas, pois a presença dessa população é bastante significativa na constituição dos três países que compõe o território.

Assim, compreender os caminhos traçados por gestantes neste território, amplia nosso conhecimento sobre as questões de saúde. Oportunizamos a escuta as usuárias da Rede de Saúde Materno Infantil do município de Tabatinga, AM, visando a compreensão e a qualificação do cuidado no período gestacional. Entender os movimentos feitos por elas no território, enquanto produzem vida, nos permite compreender suas reais necessidades de saúde.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso de cunho exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa sobre a atenção à saúde materna na região da tríplice fronteira do Estado do Amazonas. A pesquisa qualitativa tem por objetivo o campo das subjetividades apresentadas pelos sujeitos. Esta se localiza no campo dos signos, crenças, e valores compreendendo que os sujeitos agem mediante as percepções e interpretações de como produz sua vida nas relações partilhadas e vividas por ele com os outros. E assim, essas apresentam características que não podem ser quantificadas numericamente (MINAYO, 2014).

Assim, a abordagem qualitativa tem enfoque nas relações humanas, sendo a mais apropriada para discussões em pesquisas sociais em saúde, como é o caso do presente estudo.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

O estudo teve como cenário o município de Tabatinga no Amazonas, localizado cerca de 1105 Km em linha reta da capital Manaus, na microrregião do Alto Solimões. Apresenta uma população de 52.272 habitantes com densidade demográfica de 16,21 hab/km² (IBGE, 2010). Esta região possui características peculiares de pertencer a uma tríplice

fronteira composta por Brasil (Tabatinga), Colômbia (Letícia) e Peru (Santa Rosa de Yavari). Em 2014, o Ministério da Integração Nacional reconheceu o município de Tabatinga como cidade-gêmeas em relação a Letícia, entendendo-se assim que é a única região de tríplice fronteira com essa característica.

Em Tabatinga há 27 estabelecimentos de saúde que apresentam gestão pública (CNES, 2019). Nesses encontram-se as UBS Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a Maternidade, o Hospital de Guarnição, os núcleos de vigilância em saúde e coordenação dos programas ministeriais, além dos relacionados a saúde indígena.

Diante das realidades presentes em áreas de fronteiras, vários setores necessitam de arranjos funcionais que possam atender as características dos fluxos migratórios. Com o setor de saúde não é diferente, a questão da migração pendular e da fluidez da população no território, aumenta a procura pelos serviços de saúde e, considerando que apenas Tabatinga tem o sistema de saúde universal, vários serviços são acessados tanto por brasileiros quanto por estrangeiros. Desta forma justifica-se a escolha desta região pelas especificidades do uso dos serviços. Uma vez que, conhecendo a realidade social do território, fomentamos as discussões sobre as estratégias políticas a serem consideradas na implementação das ações de saúde, garantindo a consolidação do SUS, em territórios de características singulares.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da construção desta pesquisa gestores, profissionais e trabalhadores envolvidos com a Rede de Saúde Materno Infantil do município de Tabatinga, uma usuária, seu esposo, sua mãe, suas irmãs.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DO ESTUDO

Nesta pesquisa utilizamos o Usuário Guia como método. Este, tem por base a pesquisa realizada por Ermínia Silva com os artistas circenses. O nomadismo, tido como característica desta população, instigou a pesquisadora a desenvolver um método que acompanhasse essa característica enquanto compreendia seus modos de vida, seus saberes, reproduzindo o seu caminhar e tendo o sujeito como ator principal na pesquisa. Baseado nesses conceitos, Merhy

e Gomes (2014) nos propõe o usuário Guia através de sua pesquisa “*Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*”, onde a narrativa dos encontros produzidos entre o usuário e as estações de cuidados institucionais e não institucionais nos proporciona compreender o sujeito como protagonista do cuidado, construindo saberes relacionados a outra perspectiva de redes, as constituídas para fora do sistema de saúde. (MERHY e GOMES, 2014).

A produção dos dados desta pesquisa se deu no relacionamento com as equipes de duas unidades básicas de saúde e a maternidade do município de Tabatinga, Amazonas, Brasil. As UBS’s foram selecionadas pelo critério de ter sua cobertura em territórios próximos a linha de fronteira com a Colômbia e o Peru e apresentarem um maior número de usuários estrangeiros adscritos, uma vez que, a princípio, propusemos que uma usuária estrangeira nos possibilitaria um caminhar diferenciado nesse território.

Sendo assim as UBS’s escolhidas foram a Dídimo Pires, localizada no Bairro de São Francisco, e Santa Rosa, localizada no bairro de mesmo nome. Foram escolhidas uma equipe de cada unidade, em conjunto com os profissionais de saúde. Foi realizada primeiramente uma conversa com as enfermeiras das equipes, individualmente, para esclarecimento sobre a pesquisa e convite a participação como colaboradores na construção deste estudo. Após aceite marcamos reunião com os demais componentes das equipes, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS’s), que foram apontados pelas enfermeiras como os que mais poderiam nos ajudar, pois saberiam identificar as características e as usuárias que nos ajudariam a alcançar nosso objetivo.

Realizamos então a reuniões com as duas equipes. Nestas, esclarecemos os objetivos da pesquisa e pedimos que fossem listadas algumas características de gestantes que demandavam mais atenção por parte da equipe. Dentre elas nos apresentaram problemas com documentações de nacionalidades, dificuldade de aderir as ações de saúde, necessidade de consultas com médico especialista, necessidade de exames mais específicos, medo de não conseguirem atendimento devido não ser estrangeira, usarem a UBS apenas com objetivo de garantir os benefícios sociais, famílias com condições insalubres de moradia.

A partir dessa listagem pedimos que fossem sinalizadas gestantes ou puérperas que utilizam ou utilizaram a Rede de Saúde Materno Infantil no município e que se apresentavam como sendo um quadro complexo. Esta complexidade não está vinculada a sua condição de gestante ou a uma enfermidade em si, mas que fossem mulheres que demandassem da equipe

um maior grau de atenção, que exigissem mais abordagens e que, com isso, gerasse tensão e desconforto para com a equipe.

Após esse momento, a equipe conversou entre si e nos sinalizaram nomes de usuárias que tinham as características conversadas anteriormente. Na UBS Dídimo Pires, nos sugeriram duas usuárias para consulta. Já na UBS Santa Rosa foram 3 usuárias sinalizadas. A primeira fonte utilizada eram os prontuários. Neste não encontramos informações que as caracterizassem como casos complexos, conforme a equipe tinha construído. Realizamos uma conversa inicial com três das cinco gestantes. Porém essas, não demonstravam os quadros desenhados pela equipe anteriormente.

As equipes nos sugeriram irmos também a maternidade do município. Pois lá, poderíamos encontrar alguns casos relacionados a questões tanto de complicações de saúde que necessitassem de mais redes institucionais, quanto nas questões características de fronteira (cultura, documentação, moradia, vínculo com a UBS, dentre outros).

Este projeto é parte de um projeto maior onde a Maternidade do município está inclusa como área de estudo, assim, já havíamos tido contato com a maioria dos profissionais, nos apresentamos mais formalmente a equipe de plantão, presente, explicamos a pesquisa e então, começaram a nos apresentar os quadros das mulheres internadas naquele período, mas estes, não tinham conhecimento quanto a complexidade não relacionada a queixa que gerava a internação. Porém como alguns tinham experiência em atendimento em outros serviços de saúde do município, nos ajudaram a listar algumas características do que também seriam características das particularidades de regiões de fronteira.

Na oportunidade havia cinco mulheres internadas na Maternidade. Quatro eram puérperas e uma estava internada para tratamento de infecção urinária e risco de parto prematuro. Conversamos com todas as 5 mulheres, dentre elas eram duas estrangeiras, uma colombiana e uma peruana, e as demais brasileiras. Realizamos uma conversa inicial com todas estas mulheres individualmente. Nos apresentávamos e iniciávamos explicando sobre a pesquisa e após aceitarem conversar, prosseguíamos com a conversa.

Tendo feito essas reuniões e pelas entrevistas feitas em viagens anteriores com gestores, médicos e enfermeiras das UBS, conseguíamos construir um quadro de características levantadas pelas equipes que nos ajudariam a compreender as redes de relações tecidas em um território específico de fronteira, por uma gestante que demandasse de uma rede ampla na busca do cuidado.

Ao conversarmos com as mulheres da maternidade, identificamos então um caso que demandava várias abordagens da equipe, tanto da UBS que a referenciava quanto dos profissionais da maternidade. Ao identificarmos o caso, esclarecemos a dinâmica da pesquisa e convidamos a usuária a participar na construção deste estudo. Apresentamos o TCLE, esclarecemos todas as dúvidas e após o aceite marcamos para uma conversa mais específica. Como a usuária permaneceu internada por 4 dias, realizamos uma entrevista na Maternidade e outra em sua residência após alta hospitalar.

Além da Usuária Guia, caso traçador em nossa pesquisa, foram fontes também profissionais da UBS em que ela é adscrita, profissionais da maternidade do município, mãe, esposo, irmã da Usuária Guia. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas integralmente. Utilizamos como fonte também o cartão da gestante, e os prontuários da maternidade que nos permitiram compreender os vínculos da usuária com a Rede de Saúde Materno Infantil do município. Complementando a produção de dados, os aspectos descritivos e reflexivos das observações feitas no território foram documentados em diário de campo (OLIVEIRA, 2014), e nos permitiu a contextualização e obtenção de elementos que dialogaram com os discursos produzidos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS

Os dados produzidos resultantes das entrevistas, foram transcritos na íntegra. Após transcrição procedemos a análise através dos pressupostos teóricos da análise do discurso. Onde o sujeito tem sua fala imbricada pelos conceitos que carrega da sua ideologia, portanto a análise não pode desconsiderar o contexto histórico, cultural, social, ideológico em que é dito. Orlandi (2008, p.9) descreve que a formulação do discurso é o momento em que o sujeito coloca na linguagem todo seu construto ideológico dizendo que *“é na formulação (de um discurso) que a linguagem ganha vida, que a memória se atualiza, que os sentidos se decidem, que o sujeito se mostra (ou se esconde)”*.

Sendo assim, analisar um discurso tem sua base não apenas na fala, na gramática, mas na ideia do movimento que isto exerce em um discurso visando a compreensão do sentido em que se apresenta, e não apenas a interpretação do que é expressado. *“O discurso é assim, palavra em movimento, prática da linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando”* (ORLANDI, 2010, p.15).

Para tanto, realizamos a análise em 3 etapas (MOREIRA, 2012; SOUZA, 2014). A primeira é referente a leitura das entrevistas transcritas, e informações presente no prontuário, caderneta da gestante e diário de campo. Na segunda fase separamos as falas conforme o assunto abordado, segundo o conceito análise, que se apresentaram como marcas nos textos. Na terceira etapa, agrupamos os fragmentos discursivos em categorias a serem analisadas e elaboramos uma tabela analítica destacando as marcas mais importantes presentes nos textos. As categorias encontradas foram: Territorialidade, Universalidade, Rede Viva na Fronteira, Encontros com os serviços de saúde e suas afecções e Protagonismo no projeto terapêutico.

Para Territorialidade foram agrupados os fragmentos discursivos que estavam relacionados a questão de pertencimento a uma cultura de fronteira. Já para Universalidade, os fragmentos discursivos tratavam as questões da utilização dos serviços de saúde presentes no território e a percepção dos sujeitos de pesquisa quanto a estas questões. Para Rede Viva na Fronteira, os fragmentos discursivos abordavam sobre as relações de apoio referidas pela usuária em seu momento gestacional. Na categoria Encontros com os serviços de saúde e suas afecções, os fragmentos versavam sobre a relação da usuária com os profissionais dos serviços de saúde e como esses são significados por ela. E por fim, a categoria Protagonismo no projeto terapêutico, refere-se as decisões tomadas pela usuária baseada em suas relações, seguindo ou não ou não aquilo que é orientado pela equipe de saúde.

Após a organização e manuseio do material produzido em campo procedemos a escrita da análise.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa é vinculada ao projeto “ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS” foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação pelo Comitê de Ética – CEP, atendendo às normas referentes às recomendações éticas e legais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), sob registro do CAAE 89682418.7.0000.0007, obtendo parecer substanciado favorável (Anexo A). Para utilização dos dados do prontuário será preenchido o Termo de Compromisso de Utilização de Dados - TCDU (APÊNDICE C), que responsabiliza o pesquisador quanto a utilização e publicação dos dados. Antes de ser encaminhado à Plataforma Brasil, foi formalizado o pedido de anuência da Secretaria

Municipal de Saúde de Tabatinga, da Maternidade Celina Villacrez Ruiz (APÊNDICES D e E).

5. RESULTADO

Os resultados e discussões serão apresentados na forma de artigo.

5.1 ARTIGO 1

O USUÁRIO GUIA COMO MÉTODO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.

RESUMO: A pesquisa qualitativa na saúde nos permite acompanhar os processos sociais, que ocorrem em determinados locais, ampliando o olhar para aquilo que não podem ser quantificado. O cotidiano da saúde está associado aos significados e aos processos micropolíticos complexos do cuidado, que se relacionam com as políticas públicas de saúde. Apesar dessas afirmações, ainda é desafiador o desenvolvimento de métodos qualitativos que nos auxiliem no entendimento dos processos de saúde-doença-cuidado tanto na pesquisa como na gestão da saúde nos territórios de vida das pessoas. Este artigo tem por objetivo apresentar o Usuário Guia como método de pesquisa qualitativa em saúde, trazendo seus conceitos fundamentais que norteiam o método e apresentando o percurso metodológico. A metodologia coloca o usuário em destaque, partindo dele para a construção das redes de cuidado. Assim, a produção da pesquisa se dá de modo colaborativo e integrativo, convidando usuário, profissionais e gestores de saúde para contribuírem com o conhecimento. Por fim,

esperamos que a metodologia do Usuário Guia possa contribuir com a ampliação das ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas na área da saúde.

Palavras chave: Pesquisa Qualitativa. Usuário Guia. Ciências da Saúde.

INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa nos proporciona a possibilidade de produzir um conhecimento significativo sobre diferentes temas da realidade singular ou coletiva. O debate epistemológico das ciências do espírito tem sido em garantir a validade e a verdade dos métodos que são marcados por um pressuposto hermenêutico. Nesse sentido, não haveria necessidade de se abordar o método qualitativo em detrimento do método quantitativo. A necessidade do desenvolvimento de pesquisas nas ciências humanas *“reivindicavam uma metodologia autônoma ou compreensiva para as ciências do mundo da vida”* (CHIZZOTTI, 2003, p 224).

Para Minayo (2014) a pesquisa qualitativa visa compreender aquilo que não pode ser quantificado, compreender as relações da realidade social, utilizando como campo as crenças, significados, aspirações, valores e atitudes. Sendo assim, entende-se o sujeito não apenas como alguém que age, mas que pensa, deseja, fala e interpreta suas ações e como estas são partilhadas no encontro com os outros.

A abordagem qualitativa é baseada no estudo dos fenômenos que ocorrem em determinados locais com condições históricas e culturais peculiares e compreendida através da perspectiva de seus participantes (SERAPIONI, 2000). Sendo assim, o significado que o sujeito imprime as experiências vivenciadas é que se torna o alvo da pesquisa e não o fato propriamente dito (TURATO, 2005). Com isso, é importante contextualizar a reflexão transmitida pela linguagem trazida pelo sujeito pois, o *“narrado e o vivido”* estão implicados no contexto cultural em que está inserido (MINAYO, 2012).

A partir da década de 1960, com a acentuação das temáticas sociais e educacionais, estes se tornaram mais crescentes nas ciências sociais e humanas. Porém, atualmente, o modelo de pesquisa qualitativa tem sido desenvolvido por diversas áreas de conhecimento.

Este é o caso do campo das ciências da saúde, uma vez que, as condições do cotidiano e as significações relacionadas às questões de saúde nos intrigam na busca por respostas que envolvem o comportamento humano. Sendo assim, os instrumentos utilizados por estudos qualitativos nos fornecem maior suporte quando objetivamos compreender estas questões (CAREGNATO, 2017).

A pesquisa qualitativa permite contextualizar os grupos sociais específicos, ampliando o olhar para questões do cotidiano dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Desse modo, é uma importante ferramenta não somente para pesquisadores, mas também para gestores e profissionais da saúde no que diz respeito a tomada de decisões relacionadas às políticas públicas de saúde. Por isso, a compreensão sobre os modos de viver, o uso de um território específico, as relações e significados dados às experiências de vida, produz verdades que a quantificação numérica poderá não revelar (MERHY, 2014; SERAPIONI, 2000).

Apesar do crescente interesse, ainda é desafiador realizar pesquisa qualitativa em saúde. O argumento daqueles que resistem é devido ao caráter interpretativo das informações, o modo de realizar as observações do campo, a relação intersubjetiva na relação observador e observado, análise interpretativa das informações que compõem a subjetividade dos sujeitos, dentre outros (MINAYO, 2014). Por isso se faz necessário tornar conhecidos alguns métodos que podem auxiliar no desenvolvimento de pesquisas que optem por esta abordagem. Sendo assim, o grupo de pesquisa percebeu a necessidade de compartilharmos experiências quanto aos caminhos metodológicos que têm sido produzidos nas pesquisas qualitativas, especificamente na área da saúde.

Dentre estes métodos temos utilizado a Cartografia e, com ela, o Usuário Guia. A cartografia é um método que foi desenvolvido originalmente por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995) (KASTRUP, 2015). Ela nos permite produzir mapas existenciais e, diferente da cartografia sob o olhar da geografia, estes mapas são traçados nos acontecimentos transversais ao cotidiano dos sujeitos. Portanto, nos proporciona estar em contato com estes e seus mundos existenciais, em co-participação, modificar e ser modificado, compreender sobre um território que, na maioria das vezes, não é de domínio do pesquisador (BARROS e KASTRUP, 2015).

Os mapas existenciais não são registros estáticas, mas apresentam movimentos que simbolizam as relações, os afetos, a cultura, os costumes presentes em um território a ser explorado. Portanto, é um modo de cartografar a dinâmica de um processo, onde se considera a singularidade do sujeito como parte produtora desse mesmo processo (CARVALHO, *et al.*,

2016). Desse modo, o Usuário Guia nos “leva pela mão” para dentro do seu território e suas redes. Permite que conheçamos sua multiplicidade e seus modos de produzir vida. Desenhando assim, seu mapa existencial, compreendendo as relações e encontros estabelecidos e os signos que estes representam para o sujeito (MERHY e GOMES, 2014).

Assim temos o Usuário Guia como instrumento para desenvolvimento da Cartografia. Este nos permite identificar junto a equipe de saúde um usuário que nos levará pelos territórios e redes constituídas dentro e fora dos serviços de saúde. Com isso teremos o usuário como protagonista na pesquisa, nos permitindo andar pelos vários caminhos traçados na busca do cuidado. Isto permite ao pesquisador compreender os processos, modificar e ser modificado dando voz a dimensão da subjetividade do sujeito.

Com isso, este artigo tem por objetivo apresentar o Usuário Guia como um método de pesquisa qualitativa em saúde. Trazendo seus conceitos fundamentais que norteiam este método de pesquisa e propondo um percurso metodológico. A voz do usuário não se torna somente fonte de pesquisa, mas o próprio usuário se torna sujeito do seu conhecimento. Desse modo, podemos desdobrar o debate para as discussões sobre os processos envolvidos na produção do cuidado em saúde.

A CONSTRUÇÃO DO USUÁRIO GUIA

Diferentes estratégias de investigação podem ser usadas quando temos como objetivo compreender os acessos para a produção de cuidado nas redes formais do sistema de saúde. O Usuário Guia nos permite eleger um sujeito que se torna o fio guia e nos leva pelos caminhos por ele traçados e por sua rede de relacionamentos tecida nesse caminhar dentro e fora das instituições de saúde em busca do cuidado.

Este método nos permite narrar os encontros do usuário tanto com as estações de cuidado institucionais, como as não institucionais construídas para fora do sistema de saúde. Merhy (2014) demonstra que, em cenários fora das redes instituídas (serviços de saúde) é que os encontros vão produzindo vida. E neste contexto, destaca-se a importância de ampliar o conhecimento do profissional da saúde quanto às diferentes vivências do usuário em sua

multiplicidade existencial, compartilhando saberes e formando ponto de conexões, pois é no tecer de redes que o cuidado é produzido.

O Usuário Guia é um método que tem sua origem baseada nas pesquisas sociais. Em sua Tese de doutoramento em história da cultura pela Universidade Estadual de Campinas, a pesquisadora Ermínia Silva teve como alvo a história do circo-teatro no Brasil. Desde o seu mestrado, a população circense era alvo de seus estudos. A pesquisadora pertence a quarta geração de circenses no Brasil e, então, a temática da construção da história de suas raízes lhe impulsionou e impulsiona até os dias atuais em suas produções científicas.

Um dos desafios apontados por Ermínia estava relacionado a característica nômade desta população. A pesquisadora sentiu a necessidade de desenvolver uma ferramenta que permitisse mapear os lugares, os modos de vida, os saberes e as práticas, possibilitando estudar os viveres circenses ao mesmo tempo em que estes produziam seu caminhar (MOEBUS, 2016). Como dito pela pesquisadora essa ferramenta de pesquisa permitia “*pegar na mão e deixar ele [Benjamin, o artista guia] me levar por sua história*” tendo então um fio condutor que a permitia passear pelos encontros que aconteciam na vida dos artistas circenses no Brasil (SILVA, 2003).

Utilizando-se dos pressupostos dessa pesquisa, foi proposto o método para o campo da saúde. Assim, este “Artista Guia” utilizado na pesquisa da doutora Ermínia, foi denominado “Usuário Guia” nas pesquisas em saúde. Uma vez que, os usuários das redes de saúde também apresentam características de nomadismo no que diz respeito a protagonizar a produção de suas redes de apoio que, muitas das vezes, são desconhecidas pelas equipes de saúde. Com isso, o sujeito exerce autonomia em seu “*projeto terapêutico*” fazendo as “*adaptações*” necessárias para a produção do seu cuidado (MERHY e GOMES, 2014).

Trazer o usuário e sua narratividade, sua perspectiva para o centro da produção do saber sobre o cuidado, reconstruindo suas trajetórias de vida, seus “*inumeráveis estados do ser*”, é então uma aposta política de reafirmar que ele precisa estar no centro da produção do cuidado (MOEBUS, 2016).

O método Usuário Guia busca trazer como autor principal do cuidado o próprio sujeito isto nos ajuda a construir saberes não institucionais dando outra dimensão para as formas do cuidar. O saber do usuário e sua autonomia o torna “gestor legítimo” de suas decisões e, portanto, devem ser consideradas quando objetivamos, como profissionais da saúde, produzir cuidado (FEUERWERKER e MERHY, 2016). A autonomia é a escrita da experiência,

permitindo fazer o exercício em si da confecção de redes vivas (encontros e relações que possuem movimento, por isso viva). Quando o Usuário Guia utiliza sua rede viva fora dos muros das instituições de saúde, não usa o código de sua doença, pois esta é colocado em parêntese. Isto permite que sujeito viva e se deixe viver em outras experiências de vida.

O ENCONTRO COMO POTENCIALIZADOR NAS CENAS DO CUIDADO

O cuidado produzido por uma equipe de saúde é constituído de encontros. Estes, realizados entre os trabalhadores de saúde, que formam uma rede na micropolítica do trabalho, e uma rede tecida pelos encontros destes profissionais com os usuários. Nesses encontros, em qualquer nível, estão implicados os saberes, o agir simbólico, a subjetividade que materializam as ações do cuidado, formando uma entrelaçada rede relacional. Sendo assim, todo processo de saúde trabalha em rede mesmo que, aparentemente, esteja subjugado por um modelo hierárquico e normativos. As redes formadas potencializam as ações do cuidado, uma vez que há um forte cruzamento de seus pontos de ligações. Essa diversidade de fluxos relacionais permite a multiplicidade da rede e permite a formação da linha do cuidar (FRANCO, 2006).

Com isso, não se trata simplesmente de um encontro de indivíduos, pois muitas vezes exige operações relacionais que não sejam por imposição e sim operem conjuntamente. Os modos de viver, o uso de um território específico produz verdades que estão postas neste encontro. Utilizar as verdades chaves para dialogar, resulta em *“reconhecer o outro como sabido”* e permite ter *“o lugar do desejo do usuário como ponto de referência”*, tornando-o sujeito ativo na produção do cuidado. A utilização dos sentidos (audição, toque, fala) operando com os saberes, como forte utilização das tecnologias leves, que são as relacionais, têm grande influência na resolutividade na produção do cuidado centrado nas necessidades do usuário. (MERHY, 2014).

O profissional deveria refletir sobre a oferta que faz se colocando no lugar de quem recebe ou receberia o cuidado e criticar a oferta focada em parcialidades, que fragmenta o sujeito em diversos procedimentos técnicos. Essa fragmentação não permite reconhecer o usuário como um sujeito de desejos, possibilidades, necessidades, direitos e capacidade de apropriação e invenção de seu projeto de saúde e, mais do que isso, não o reconhece como parceiro na construção de projetos terapêuticos (MERHY, 2005).

O Usuário Guia é um método de pesquisa que busca comprometer os trabalhadores e gestores de saúde, tornando todos os envolvidos com o caso, pesquisadores do outro e de si mesmo. Temos a oportunidade de mostrar ao serviço de saúde as redes de apoio que são tecidas para fora do sistema de saúde e, conhecendo essas redes, os profissionais podem então se utilizar de suas crenças, cultura, valores para potencializando suas escolhas quanto ao seu projeto terapêutico.

A ESCUTA AO USUÁRIO NAS SUAS REDES

Dentre os métodos qualitativos que trazem o usuário como protagonista do cuidado, que trazem suas narrativas como fonte principal da pesquisa, podemos destacar o Usuário Guia e o Itinerário Terapêutico. Assim, demonstramos algumas possibilidades que os métodos nos apresentam, baseado em seus pressupostos que nos auxiliam na escolha conforme a proposta que a pesquisa apresenta. Com isso, podemos qualificar a metodologia e seus pressupostos epistêmicos.

As possibilidades diferem principalmente quanto aos conceitos que os envolvem. O Itinerário Terapêutico tem com base principalmente as representações sociais práticas relativas a uma determinada patologia e seu tratamento. Se propõe a reconstruir os caminhos já percorridos pelos sujeitos em busca de tratamento para uma condição patológica (ALVES, 2015). Neste método, a enfermidade é explicitada e tida como ponto de partida pra busca terapêutica. As ideias e análises giram em torno de uma patologia apresentada por um sujeito, como esta é significada por ele e como que este organiza seu próprio projeto terapêutico para lidar com esta condição. Assim, considera-se que ele faça uso dos conceitos baseados em suas crenças, redes sociais, cultura, disponibilidades nos serviços de saúde dentre outros fatores (MÂNGIA & MURAMOTO, 2008).

De uma outra forma, o Usuário Guia coloca as redes e os pontos de encontro como potencializadores do projeto terapêutico. Estes são considerados tanto os que têm relação com os serviços de saúde, quanto os que estão para fora dos muros das instituições de saúde. O Usuário Guia coloca o sujeito e não a doença como processo estigmatizante da pessoa, mas tem um movimento juntamente com usuário para a superação do estigma. Podemos dizer que a doença é colocada em parêntese, considerando as ações e as experiências vivenciadas pelos

sujeitos em seus outros modos de vida (MERHY, 2018). Assim torna a doença apenas um ponto a ser discutido dentre muitos outros que são significados pelos sujeitos.

Outro ponto que se destaca é o comprometimento com a equipe de saúde. O Usuário Guia tem como ponto de partida a equipe de saúde, pela indicação de um usuário do serviço que gera tensão e demanda de vários dispositivos da rede de saúde que está inserido. Além de ter o compromisso de integrar a equipe de saúde na pesquisa uma vez que tem o objetivo de mostrar as redes do usuário para fora dos muros das unidades de saúde (MERHY e GOMES, 2014).

O Itinerário Terapêutico visa a compreensão dos caminhos, escolhas e atitudes terapêuticas do sujeito frente a uma doença. Neste, o objetivo é assinalar os fatores que influenciam na conduta racional do sujeito para sanar sua necessidade de saúde e os significação dada pela sua condição de saúde. Isto sem comprometer a pesquisa com o envolvimento da equipe de saúde, responsável pelos cuidados ao sujeito (ALVES, 2015).

Quadro 1: Principais possibilidades dos métodos Usuário Guia e Itinerário Terapêutico.

	USUÁRIO GUIA	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
Doença	Entre parêntese, ênfase na pessoa.	Evidenciada na pesquisa
Foco da Análise	Afecções produzidas nos encontros com o serviço de saúde e fora dele	Movimentos para sanar as barreiras nos serviços de saúde
Equipe de saúde	Ponto de partida da pesquisa, implicada na pesquisa	Pode ser ou não ponto de partida, fonte ou parte da pesquisa
Pesquisadores	Convite a todos que estão envolvidos com o caso traçador	Não há envolvimento necessário da equipe com a produção da pesquisa
Objetivo	Compreender os afetos na produção do cuidado	Compreender as questões de saúde-doença e seus signos
Visão do usuário	Participante da construção do conhecimento - sujeito	Objeto de análise, observador

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto às similaridades destes dois métodos apresentados anteriormente, a disponibilização do usuário como centro da pesquisa é um ponto comum. Ambos métodos trazem a escuta às necessidades, escolhas e significações dadas pelos usuários. E com isso possibilitam organização dos serviços de saúde de forma que o usuário esteja no centro do cuidado, potencializando os encontros como ferramenta para otimização da terapêutica.

ALGUNS EXPERIMENTOS COM O USUÁRIO GUIA

Mesmo sendo um método novo, alguns estudos centrados na pesquisa qualitativa têm utilizando o Usuário Guia como método de pesquisa. E, em sua maioria, estão concentrados na área da saúde mental. Inclusive, o estudo mais referenciado e, portanto, considerado como marco inicial desta metodologia: “pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental”, coordenado por Merhy e realizado entre os anos de 2012 a 2014. Neste, são apresentadas quatro Redes de Atenção Psicossocial (RAP’s) pertencentes a municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. A pesquisa se trata de uma cooperação de entre trabalhadores e coordenadores dos serviços de saúde mental e pesquisadores vinculados a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (GOMES e MERHY, 2014).

A partir de então, alguns estudos vêm abordando este método de pesquisa além do campo da saúde mental. Este é o caso da saúde de população em situação de rua (MERHY, *et al.*, 2016). Onde os pesquisadores demonstram os desafios das equipes de saúde em considerar a vivência de moradores de rua, para além da patologia que ele apresenta. Considerando o nomadismo desta população como uma tensão para vinculação do usuário uma vez que a política trata de um território fixo.

Nas Rede de Saúde relacionadas a saúde da mulher, o acompanhamento de mulheres em busca do cuidado tem sido pesquisado (SCHWEICKARDT, *et al.*, 2016; SCHIFFLER, *et al.*, 2016; CARVALHO, 2016; MEDEIROS, *et al.*, 2016; CABRAL, *et al.*; 2016). Mulheres que buscam os serviços no período gestacional, para tratamento de Câncer, de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) dentre outras questões de saúde, demonstram como as redes constituídas para fora dos serviços de saúde se tornam elos forte no processo do cuidar. Nestes estudos percebemos que as questões sociais são bem presentes, os modos de vida e cultura são marcado por práticas de saúde referentes ao contexto cultural e social em que a

mulher está inserida. Sendo este um ponto importante a ser considerado pelos serviços de saúde para potencialização do cuidado.

A Rede de Atenção Psicossocial (CARVALHO & FRANCO, 2015; SANTOS, et al., 2016), foi o ponto de partida dos estudos que utilizam o método Usuário Guia, como já vimos anteriormente. O nomadismo e autonomia no produzir vida, dentro de seus próprios saberes, fazem dos “*loucos muito loucos*”¹, usuários desafiadores para as equipes de saúde.

O estudo de Araújo e Schweickardt (2019, no prelo) tem a escolha de um usuário guia que é catador de resíduos sólidos. Neste os pesquisadores consideram o nomadismo destes e os serviços de saúde que acessam. Demonstrando assim as necessidades de saúde relacionadas a esta população.

Nossa experiência com o método tem sido com a Rede de Saúde Materno Infantil. Através desta pesquisa compreendemos as redes vivas produzidas por gestantes em um território amazônico pertencente a tríplice fronteira internacional Brasil-Colômbia-Peru. Assim percebemos as estratégias estabelecidas para enfrentamento das lacunas presentes nos serviços de saúde do território, podendo fomentar discussões sobre os modos de vida das gestantes e suas reais necessidades de saúde. Contribuindo com informações que possam intervir nas ações de saúde para qualificação dos serviços ofertados a população.

Em todos estes estudos a pesquisa é compartilhada. Tendo participação das equipes de saúde, usuários e demais participantes sendo pesquisadores em sua produção. Assim trazer a percepção do usuário quanto aos serviços nos permite trazer questões a serem discutidas, objetivando a qualificação dos serviços de saúde considerando as características singulares de cada território em que os usuários produzem suas vidas.

CAMINHO METODOLÓGICO

Tendo como base os estudos anteriormente citados, sugerimos um modelo de procedimento metodológico para utilização do Usuário Guia como método de pesquisa. Não se trata de um engessamento da técnica, mas de uma proposta de metodologia que temos utilizado enquanto grupo de pesquisa. Para tanto é necessário ressaltar os principais

¹ Referência dada ao usuário guia na pesquisa de Merhy e Gomes, 2014.

pressupostos do método que são: dar voz ao usuário como protagonista do cuidado, utilizar as cenas de encontro como dispositivos disparadores de ações e a construção coletiva da pesquisa com os profissionais da saúde.

É no caminho percorrido para produção da pesquisa que se faz o caminhar. Portanto, o caminho metodológico proposto aqui tem seus passos em várias direções. Ora podendo voltar ao passo anterior, ora seguindo em frente, ora mudando a ordem dos passos. O Usuário Guia é construído em campo. Assim não há uma ordem sequencial a ser rigorosamente seguida quanto a proposta descrita abaixo. Destacamos então, alguns passos que podem auxiliar na construção de pesquisas que utilizem Usuário Guia como método.

PASSO 1: Como toda pesquisa o embasamento teórico é o primeiro passo para estruturação. Neste caso é importante se apropriar de conceitos que envolvem tanto a metodologia como a rede de saúde a ser pesquisada e o território em que ela atua. Quando nos referimos a território não falamos apenas da geografia mas também a cultura, os modos de vida, os costumes e os saberes estão inseridos nesse conceito.

PASSO 2: Escolher os tipos de fonte que contribuirão para a construção da pesquisa. Além da entrevista poderá ser fonte na pesquisa o prontuário para compreensão do vínculo que este tem com a rede de saúde, fotos, vídeos, notícias relacionadas ao caso traçador, o diário de campo para registro das observações feitas que, posteriormente, irão dialogar com os demais dados produzidos. Como toda pesquisa qualitativa esta, se produz em ato, no campo. A proposta aqui é que a “*caixa de ferramenta*” deve disponibilizar o máximo de possibilidades para a pesquisa, mas em campo é que o pesquisador seleciona aquelas que mais se adequam a cada caso.

PASSO 3: Selecionar a(s) equipe(s) de saúde convidadas(s) para produção da pesquisa. Nesta o pesquisador principal pode ou não pertencer com vínculo de trabalho. Porém, o fato de ser integrante da equipe responsável pelo cuidado do usuário sinalizado, torna o envolvimento da equipe mais efetivo. Se o pesquisador não for integrante da equipe será necessário investir maior quantidade de tempo com a equipe, através de reuniões e oficinas, para fazê-los compreender a importância de trazer o usuário como protagonista na cena da produção do cuidado e o potencial que a pesquisa tem para dinamizar a micropolítica do trabalho em saúde.

PASSO 4: Apresentação do projeto para gestores e equipes de saúde para esclarecimento da proposta de pesquisa. Estes serão convidados a participar do estudo dinamizando a pesquisa e construindo coletivamente o Usuário Guia, este será um caso que se apresenta como complexo para a equipe. Quando a complexidade não se trata apenas de seu quadro clínico, mas da demanda que exige maior atenção das equipes e várias abordagens na produção do cuidado e em suas relações com os profissionais, gerando assim, maior inquietude e tensão nas equipes de saúde. São casos que desafiam os protocolos estabelecidos para o tratamento de condições patológicas.

PASSO 5: Reunião com a equipe para sinalização dos usuários que se apresentem como sendo casos complexos. E, dentre os casos postos, seleção de um ou mais, a depender da quantidade de pesquisadores, que permitirá enxergar a Rede de Atenção por sua perspectiva.

PASSO 6: Contatar o usuário sinalizado na etapa anterior para esclarecimento da pesquisa e convite à participação. Após o aceite, realizar as entrevistas com o usuário a fim de compreender os movimentos deste no território, os pontos de encontro de sua rede viva tecida nesses movimentos e as significações dada por ele a estes encontros. É importante ressaltar que o usuário poderá já ter utilizado o serviço de saúde e, não necessariamente, estar acessando no momento da produção dos dados da pesquisa.

PASSO 7: Entrevistas com outros atores com os quais o Usuário Guia se conecta, como familiares, amigos, lideranças políticas e religiosas, profissionais da saúde para serem fonte orais de informação sobre o objeto em foco na pesquisa. Uma vez que, neste método não apenas as redes formadas no sistema de saúde, chamadas de redes formais, serão levadas em conta, mas também as redes de conexões existenciais do usuário, podendo ser constituídas na busca por um cuidado nas redes formais de saúde.

PASSO 8: Transcrição das entrevistas, análise das informações produzidas no campo e mapeamento da rede de relações. Com isso serão reveladas novas conexões existenciais e movimentos feitos pelo usuário em seu território, muitas das vezes, desconhecidos pelas equipes de saúde. Além disso, as análises nos levam a compreensão da produção do cuidado quanto aos seus acessos e barreiras e modos de fazer saúde em territórios de características singulares.

PASSO 9: Retorno ao campo para produzir novos encontros para questões que foram surgindo nas fontes.

PASSO 10: Difundir os resultados encontrados, se possível, através discussões coletivas que envolvam gestores e equipes de saúde, fomentando discussão sobre a temática da pesquisa.

O pesquisador deve-se permitir afetar ou ser afetado pelo sujeito que o leva pelos seus vários modos de vida e seus significados, demonstrando pontos fortes e frágeis de sua rede de saúde. Com isso, trazendo à tona discussões sobre as várias maneiras de produzir cuidado, tendo o mundo subjetivo do usuário como referência modificando as relações e considerando o sujeito protagonista de seu projeto terapêutico.

Merhy e Gomes (2014, p.23) em sua pesquisa com a Rede de Atenção Psicossocial relatam que *“Novas questões foram produzidas, o universo inicial da pesquisa foi ampliado, outros movimentos na rede de saúde mental disparados e, novos desafios colocados”*. Assim o método Usuário Guia nos permite olhar para fora dos muros das instituições, colocando o usuário como sujeito de saberes e práticas, e mais que olhar PELOS olhos do usuário, olhar COM os olhos dele, experimentando as afecções na percepção do próprio usuário dentro do contexto e no território em que ele produz os seus modos de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método nos desafia para compreender, interpretar e intervir nas situações do cuidado nos territórios. Ao considerarmos o usuário como protagonista do seu projeto terapêutico, potencializamos ações e decisões quanto suas questões de saúde. Estas, majoritariamente, estão pautas nas significações que os encontros produzem, sejam esses ocorridos com os profissionais dos serviços de saúde ou com outros sujeitos que participam da vida social do usuário.

Dar voz e escuta as necessidades do usuário através dos encontros com as redes vivas, potencializa os modos de fazer saúde. O método Usuário Guia possibilita a compreensão sobre as redes tecidas e os movimentos feitos por um usuário da rede de saúde nos diferentes territórios. Uma vez que, a condição “doença” não é o único alvo de compreensão e nem apenas os serviços, mas como se forma o mundo subjetivo do usuário em um território com

características peculiares, tendo estes como sujeito dotado de saberes, desejos e práticas relacionados às ações de saúde.

Esperamos trazer alguns elementos para a produção de mais estudos que lancem mão do método Usuário Guia. Buscamos apresentar alguns subsídios que fomentem as discussões que objetivem as estratégias presentes nas políticas públicas de saúde que tenham como base os modos de vida, as relações e significações dos sujeitos. Nossa proposta aqui não está relacionada a padronização do método, mesmo pelo fato de não darmos conta das possibilidades que este nos proporciona. Mas, o processo de aperfeiçoamento em sua utilização tem se demonstrado enriquecedor por nos tornarmos co-pesquisadores com os serviços de saúde. Desse modo, propomos um conhecimento construído de modo coletivo, participativo, dialógico e implicado com as pessoas na produção de redes de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P.C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais**, n 42, p. 29-43, Jan/Jun, 2015.
- ARAÚJO, D. As Redes Vivas na organização da Associação de Catadores de Resíduos Sólidos Nova Recicla, no Município de Manaus, Amazonas. **Revista Saúde em Redes**, 2019, no prelo.
- BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Pista 3: Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 52-75.
- CABRAL, M.P.G; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. A mulher com câncer em produção de cuidado: o complexo e o singular da usuária-guia Luíza no enfrentamento ao câncer de colo uterino. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos*. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.374-377.
- CAREGNATO, R.C.A. Pesquisa Qualitativa [editorial]. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 22, n 1, p 1-2, Jan./Mar. 2017.
- CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 863-884, Set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300863&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Mar. De 2019.
- CARVALHO, Maria Raquel Rodrigues. *“Minha filha devolveu minha vida”*: uma cartografia da rede cegonha com interface com a rede de atenção psicossocial. 2016. **Dissertação** (mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza.
- CARVALHO, S.M., SANTOS, N.L.P, MATIAS, P.S. A (método-) lógica e a experiência na pesquisa interferência no campo da saúde. In: MERHY, E.E... [et.al.] (Orgs). *Avaliação*

compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.158-162.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, Portugal, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E.E... [et.al.] (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.59-72.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

KASTRUP, V. Pista 2: O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 32-52.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários Terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MEDEIROS, D.S.;FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. Uma gestação com HIV/AIDS: cuidado que tangencia a Rede Cegonha. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes: textos reunidos*. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.370-373.

MERHY, E.E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. **IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família**. 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf>. Acesso em: Abril de 2019.

MERHY, E. E. *Engravidando palavras: o caso da integralidade*. Palestra proferida no Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em [<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>].

MERHY, E.E. Sobre o Usuário Guia: Entrevista depoimento [out. 2018]. Entrevistadora: Milene da Silva Moraes das Neves. Manaus: Laboratório de História e Pesquisa de Saúde na Amazônia –LAHPSA. Entrevista concedida durante a realização do curso de Cartografia e Micropolítica realizado na FIOCRUZ/ILMD, Manaus, Amazonas.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. (Orgs). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jan. de 2019.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E.; SILVA, E. “O Usuário cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?”. In MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes: textos reunidos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448p.

SANTOS, E.S.; AMIRAT, K.M.; CAPOZZOLO, A.A; SIQUEIRA, P.M.; MARTINS, L.V.; SANTORO, R.; RAMOS, M.; LOUVISON, M.C.P; FEUERWERKER, L.C.M. Apagando incêndios – desafio do cotidiano do trabalho em saúde mental: uma panorâmica de nossa vivência compartilhada numa RAPS em São Paulo-SP. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos*. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.271-275.

SCHIFFLER, A.C.R; FEICHAS, N.M.L.; SILVA, S.C.; XEREZ, L.M.; SANTOS, B.S.; BENEVIDES, K. M.M. Redes vivas na gravidez e no parto: a micropolítica que opera a produção do cuidado. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos*. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.332-335.

SCHWEICKARDT J.C.; HEUFEMANN, N.E.C.; LIMA, R.T. de Sousa; FARIAS L.N.; MORAES, T.L.M. A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos*. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.332-335.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Fev de 2019.

SILVA, Erminia. As múltiplas linguagens na teatralidade circense: Benjamin de Oliveira e o circo teatro no Brasil no final do século XIX e início do XX. 2003. **Tese** (Doutorado) - Instituto de filosofia e ciências humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TURATO, E. R.. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jan 2019.

5.2 ARTIGO 2:

REDES VIVAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: USOS E PERCURSOS DA SAÚDE MATERNA NA AMAZÔNIA

RESUMO: O cenário desta pesquisa é a tríplice fronteira do Estado do Amazonas. Território formado pelas cidades de Tabatinga (Brasil), Letícia (Colômbia) e Santa Rosa do Yavari (Peru). Em Tabatinga temos somadas tanto as características de cidades interioranas do Amazonas como características de cidades fronteiriças. Esta não se apresenta apenas como um limite geográfico entre as nações, mas também em um território com conotações simbólicas e existenciais. As relações econômicas e sociais presentes na tríplice fronteira, se estende aos serviços de saúde. Estes são procurados pela população fronteiriça na busca de sanar suas reais necessidades de saúde. Considerando que dentre as questões de saúde, a Rede de Saúde Materno Infantil possui indicadores importantes para desenvolvimento de políticas públicas visando melhor qualidade de vida para a população, temos como objetivo compreender a rede de cuidado pela percepção da usuária. Portanto, trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual utilizamos o método Usuário Guia. Assim, a produção dos dados se deu por entrevistas com gestores, profissionais, trabalhadores da Rede de Saúde Materno Infantil, usuária e sua família. Foram fontes também os prontuários, cartão da gestante e o diário de campo. As principais questões levantadas foram a utilização da Rede de Saúde por gestantes estrangeiras, a falta de médicos especialistas na região, morosidade na realização de exames complementares, além das questões relacionais (tecnologias leves) com os serviços de saúde do município. Assim consideramos que a usuária é protagonista na construção de sua rede de cuidado e os encontros dela com os profissionais dos serviços ou outros sujeitos que se relaciona, potencializam ou fragilizam o projeto terapêutico. Com isso, percebemos a necessidade de políticas públicas que contemplem as especificidades apresentadas nesse território, onde há intenso fluxo populacional de um país a outro, e a organização dos serviços de saúde é constantemente desafiada pelo contexto territorial.

Palavras chave: Saúde coletiva. Saúde na Fronteira. Saúde Materno-infantil. Amazônia.

INTRODUÇÃO

Saúde é um direito universal garantido, expresso desde a década de 1940, pela Declaração Universal de Direitos Humanos. Os programas de saúde desenvolvidos para cumprir esse direito não devem oferecer qualquer tipo de discriminação ou restrição (ONU, 1948). No Brasil, esse direito é garantido pela Constituição Brasileira de 1988, e detalhado pela legislação complementar do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, as políticas nacionais que estabelecem os programas de saúde, não contemplam as especificidades de algumas localidades brasileiras, gerando tensão nos serviços de saúde para cumprimento dos

princípios de universalidade, integralidade e equidade no setor saúde (LEVINO e CARVALHO, 2011).

Essas tensões são percebidas em territórios de fronteira. As relações econômicas estabelecidas por acordos internacionais, como no caso o Mercosul, contribuem para intenso fluxo populacional e, além deste, as interações sociais fazem destes territórios lugares singulares. Apresentando características que fogem do olhar da gestão, quando esta não compreende as verdadeiras necessidades das populações que o habitam (GIOVANELLA, 2007; LEVINO, 2010).

É nesse contexto que temos a tríplice fronteira do Estado do Amazonas, no Brasil. Uma região de encontro entre Brasil, Colômbia e Peru, onde esta pesquisa acontece. Além das singularidades de regiões de fronteira, com sua interação social, econômica e cultural, temos também um espaço com características de um município do interior do Amazonas. Uma região vulnerabilizada, onde há escassez de alguns serviços de saúde pelas dificuldades importadas pelo território geográfico. Porém nossa intenção tem sido olhar os territórios Amazônicos, para efeitos de analisar as ações de saúde, como locais de potência, de inovação quanto as estratégias para produção do cuidado, seja nas redes formais dos serviços de saúde, como nas não-formais.

Podemos considerar que os indicadores relacionados a saúde materno infantil são sensíveis a uma gama de condições de produção a saúde. Estes, podem nos revelar vários aspectos de um território como desigualdades sociais, desenvolvimento econômico e qualidade de vida. Assim, várias estratégias tem sido pactuadas em acordos internacionais, para a prestação de serviços de saúde para gestantes e crianças. Portanto, se a Rede de Saúde Materno Infantil for eficiente em seus componentes, há redução desses indicadores demonstrando que, as ações de saúde, tem prestado serviço de qualidade aos seus usuários (CASSIANO *et al.*, 2014; ARAÚJO, 2015).

Tendo então estes questionamentos como orientação, buscamos compreender o funcionamento da Rede de Saúde Materno Infantil na tríplice fronteira amazônica. Porém mais do que isso, buscamos entender as relações estabelecidas no território, e os modos de produção de vida de uma gestante em busca do cuidado.

E para alcançarmos este objetivo, entendemos que o conceito de território ultrapassa questões geográficas. Está relacionado aos processos de produção de vida que se dão nas relações entre os sujeitos que o instrumentalizam. O território, então, é a soma da ocupação

com o uso que se faz de um lugar. Portanto os modos de vida, o contexto histórico-cultural e as relações devem ser levados em conta quando um serviço de saúde é responsável pela produção do cuidado nesses lugares (LIMA E YASUI, 2014).

As Redes Vivas (MERHY e GOMES, 2014), são produzidas pelas conexões feitas entre os encontros tidos entre o usuário, os sujeitos do seu círculo social e os profissionais da saúde. Estes encontros são importantes influenciadores quanto a tomada de decisão do usuário relacionada a seu projeto terapêutico. Por isso trazer o usuário como protagonista da cena do cuidado é importante. E, ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos modos de produzir vida para fora dos serviços de saúde, fomentam discussões quanto aos processos utilizados na produção do cuidado. Pois é no tecer das Redes que o cuidado é produzido, derrubando barreiras e promovendo acesso aos serviços (ABRAHÃO *et al.*, 2016).

Diante do exposto, este artigo busca demonstrar os caminhos percorridos por uma gestante na tríplice fronteira do Estado do Amazonas. E através de sua Rede Viva, tecida ao produzir vida, compreendermos as estratégias e os desafios encontrados para o enfrentamento das questões presentes no território, inclusive as de saúde.

O TERRITÓRIO E OS MOVIMENTOS

O estudo foi realizado na microrregião do Alto Solimões no Amazonas, Brasil, especificamente o município de Tabatinga. Trata-se de região de tríplice fronteira formada por Brasil, Colômbia e Peru, a que correspondem respectivamente as cidades de Tabatinga, Letícia e o distrito populacional de Santa Rosa de Yavari. Nesse caso o referido distrito encontra-se localizado na Província de Mariscal Ramón Castilla, no departamento peruano de Loreto.

As distâncias geográficas presentes na região, contribuem para o fluxo migratório intenso. Santa Rosa do Yavari fica a 5 minutos de barco de Tabatinga, atravessando o rio Solimões. Já o acesso para Letícia é realizado via terrestre, além disso, a referida cidade e Tabatinga são consideradas cidades gêmeas, pelo Ministério da Defesa Brasileiro, desde 2014. Esta condição implica em acordos comerciais e econômicos o que corrobora para com o fluxo de pessoas de um lado a outro da fronteira. Por conta da proximidade entre os

municípios colombiano e brasileiro, e o distrito peruano, nota-se frequentemente a migração pendular da população que, por vezes, trabalha em uma cidade, mas reside na outra.

Tabatinga apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,616, inferior ao de Manaus, capital do estado do Amazonas, que em 2010 fora de 0,737. De acordo com o Censo realizado em 2010, apresentava população de 52.272 pessoas, com estimativa de 64.488 para o ano de 2018. Entretanto por conta do alto fluxo migratório e da população transitória, que reside em zona rural e/ou ribeirinha, essa frequência populacional sofre variações de acordo com o período do ano, e com o regime fluvial dos rios Solimões, Içá e Japurá (PNDU, 2013, 2015).

Além das interações econômicas, reitera-se a questão do fluxo populacional em busca de atendimento e assistência à saúde, uma vez que neste território cada país tem sua jurisdição para com as questões de assistência em saúde. Sendo assim, as populações fronteiriças se utilizam da fácil mobilidade neste território para buscar os serviços conforme suas necessidades e isto inclui os serviços de saúde.

OS SISTEMAS DE SAÚDE PRESENTES NO TERRITÓRIO

Ao considerarmos a fronteira amazônica como um território composto por três países nos quais a população apresenta fluxo migratório em busca de serviços para sanar suas necessidades, inclusive de saúde, achamos necessário esclarecer sobre as instituições de saúde presentes neste espaço geográfico. Isto nos ajuda a compreender os movimentos que são feitos uma vez que, cada país apresenta sua legislação quanto a prestação de serviços de saúde e, a população protagoniza a busca pelo cuidado.

Na Colômbia, neste território representada por Letícia, desde 1993 o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) categoriza a população basicamente em 3 grupos para assistir. Quanto a instituições, o município conta com um Hospital (São Rafael) que possui gestão pública estadual; duas Instituições Prestadoras de Saúde, ambas no setor privado. Além destes existem os consultórios médicos e laboratórios particulares (EUZÉBIO, 2014).

No Peru, representado pelo Distrito populacional de Santa Rosa do Yavari, O sistema de saúde também é contributivo. A população mais carente é ofertada uma cesta de serviços

básicos de saúde e, assim, conforme o percentual de contribuição é oferecido uma quantidade de serviços correspondente. No distrito populacional há presença do estado através de um posto de saúde com serviços básicos para atendimento (GILAT PERU, 2018)

Já no Brasil, em busca realizada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), verifica-se que há 27 estabelecimentos de saúde em Tabatinga, administrados pela gestão pública (BRASIL, 2016). Dentre esses estabelecimentos encontram-se, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a Maternidade, o Hospital de Guarnição, os núcleos de vigilância em saúde e coordenação dos programas ministeriais. Além destes há empresas como consultórios e laboratórios que oferecem serviços no setor privado. Vale ressaltar que Brasil é o único país, neste território, a ofertar serviços de saúde de forma universal e gratuita a qualquer cidadão independente de nacionalidade.

É importante destacar que há forte presença da população indígena neste território. Especificamente na área de Tabatinga há uma terra indígena na expansão urbana (TUKUNA UMARIAÇÚ) formada por duas aldeias com forte representação da etnia Ticuna. Somados a estes, a etnia Kokama também tem intensa representatividade no território inclusive estando também na Colômbia e no Peru (ABEP, 2014). Assim, dentre os estabelecimentos cadastrados no CNES, 05 pertencem a saúde indígena. São estes: CASAI, Posto de Saúde Indígena Sapotal e os Pólos Bases Belém do Solimões, Umariacú I e Umariacú II.

Diante das vivências e diferentes realidades observadas nessa região de fronteira, entende-se que tais serviços de saúde necessitam se adequar ao fluxo populacional, de modo a garantir a universalidade que o sistema de saúde brasileiro preconiza. Dessa forma, observa-se a importância do local de pesquisa, por conta de sua inserção regional e pertencimento à área de fronteiras, bem como pelas especificidades do uso dos serviços de saúde na região, tanto por brasileiros, como por estrangeiros.

A REDE DE SAÚDE MATERNO INFANTIL EM TABATINGA-AM

Em Tabatinga, AM, a Rede de Saúde Materno Infantil conta com a presença de 9 Unidades básicas de Saúde (UBS) distribuídas pelos principais bairros da cidade. Estas são utilizadas como porta de entrada no serviço tanto por brasileiras quanto por estrangeiras. Dando apoio as UBS's o município amazonense conta com a presença de uma equipe do

Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Compondo a Rede de Saúde temos a Maternidade (Enfermeira Celina Villacrez Ruiz) inaugurada em 2014, que é referência para os municípios da microrregião do Alto Solimões (Benjamin Constant, Tabatinga, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Fonte Boa, Jutaí, Tonantins, Atalaia do Norte e Amaturá). Curiosamente, o nome da maternidade brasileira é uma homenagem para uma enfermeira colombiana que trabalhava na região. Esta, funciona no mesmo prédio em que fica a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, inclusive compartilhando sua recepção e serviço de triagem. Anteriormente à maternidade, os partos eram realizados no hospital de Guarnição.

Ainda compartilhando o mesmo imóvel, temos a base da unidade de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Este tem participado na busca de gestantes que adentram Tabatinga pelo porto do município. Os profissionais relatam que muitas gestantes chegam de outras regiões do Alto Solimões e de várias cidades peruanas e contatam o serviço para buscá-las no porto da cidade, uma vez que o acesso fluvial é o principal meio de transporte desta região e devido a longas distancias de viagem de barco, estas chegam, muitas vezes, já em trabalho de parto. Também é comum nas falas dos profissionais que, se uma gestante ou qualquer outro brasileiro necessitar de atendimento, estando em Letícia, o SAMU é chamado para socorrer e trazê-lo até a maternidade de Tabatinga, pois na Colômbia o sistema de saúde não garante atendimento gratuito a estrangeiros.

Atualmente, quanto as questões de saúde materna, o hospital de Guarnição presente na região, atende alguns casos mais complexos quando referenciados pela maternidade. Porém os profissionais relataram que desde janeiro de 2018, este apoio tem se tornado mais difícil pois a atual gestão do hospital alega que a maternidade tem suporte mais especializado para tratar esses casos e que o hospital se apresenta com característica mais generalista.

Quando solicitado pelos médicos, os exames de ultrassom são agendados através do SISREG (sistema de regulação) e são realizados na Maternidade do município. A UBS Fluvial pertencente ao município de Tabatinga, também oferta mutirões de realização de exames para a população, principalmente os laboratoriais, e priorizam as gestantes com encaminhamento feito pela UBS em que é vinculada. Devido a morosidade para realização destes exames, algumas mulheres, que tenham condições financeiras, os realizam em Letícia, na Colômbia, em clínicas particulares pela disponibilidade para rápida realização.

Não apenas exames são utilizados em Letícia, outros serviços de saúde, como consultas com médicos especialistas em diversas áreas, também são incentivos aos movimentos feitos nesse território fronteiriço. Tabatinga tem carência de médicos

especialistas, o que dificulta a referência para rede especializada quando há necessidade. Na circunstância de um caso clínico que precise de maiores cuidados, a referência é feita para Manaus, capital do Estado do Amazonas, que se localiza a aproximadamente 1105 km de distância em linha reta de Tabatinga. Por isso, a população que vive nesse território se utiliza de suas redes de conexões existenciais para usar ora o serviço em um país, ora em outro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo com a utilização do Usuário Guia como método. Este método é proposto por Merhy e Gomes (2014) em sua pesquisa “Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental”. Nos proporciona trazer o usuário como fonte principal na produção da pesquisa permitindo que enxerguemos através de sua perspectiva os encontros produzidos entre o usuário e as estações de cuidados institucionais e não institucionais. E, dessa forma, compreender as redes constituídas para fora do sistema de saúde enquanto o usuário produz seu viver, caminhando pelo território, tecendo suas redes de conexões que possui elos e conexões que são potencializadores na produção do cuidado.

A produção dos dados desta pesquisa se deu no relacionamento com as equipes de duas unidades básicas de saúde e a maternidade do município de Tabatinga, Amazonas, Brasil. Após os encontros e conversas com as equipes, foi sinalizada uma usuária gestante, que se apresentava, na perspectiva da equipe, como um caso complexo. A complexidade não se dá apenas por sua condição de saúde, mas por gerar inquietude na equipe por demandar estratégias e vários dispositivos das Redes de Saúde Materno Infantil.

Além da Usuária Guia, aqui denominada ficticiamente de Rosa, caso traçador em nossa pesquisa, foram fontes também profissionais da UBS em que ela é adscrita, profissionais da maternidade do município, mãe, esposo, irmã da Usuária Guia. Além dos prontuários da maternidade e o cartão da gestante, com objetivo de compreender o vínculo da usuária com os serviços de saúde. Os aspectos descritivos e reflexivos das observações feitas no território foram documentados em diário de campo e nos permitiu a contextualização e obtenção de elementos que dialogaram com os discursos produzidos.

As entrevistas foram transcritas na íntegra. E a análise se deu utilizando os pressupostos da Análise do Discurso. Com isso o texto deve ser analisado levando-se em

consideração o contexto histórico, cultural, social, ideológico em que é dito. Objetivando a compreensão dos sentidos em que a fala se apresenta (ORLANDI, 2010).

RESULTADO

Nosso caminhar com Rosa começa em um encontro na maternidade do município de Tabatinga, Amazonas. Neste momento ela estava internada no alojamento conjunto em tratamento de infecção urinária e risco de parto prematuro. As internações de Rosa são frequentes na maternidade, pois refere cólicas frequentemente e além disso apresenta outras necessidades de saúde que serão compreendidas no decorrer dessa narrativa. Para que compreendamos a complexidade e a riqueza do seus modos de vida, conheçamos a seguir sua história.

Rosa nasceu em Tabatinga (BR) e sempre morou no município. Tem 27 anos, é casada, porém não oficialmente, com um colombiano. Estão juntos há 11 anos e tem uma filha de 07 anos e no momento em que a conhecemos, ela estava grávida de 30 semanas de um menino, o qual relata que ela e o marido desejavam muito para formar o casal de filhos, mesmo as vezes dizendo que não queria engravidar devido as dificuldades relacionadas a sua saúde. A fonte de renda da família é proveniente do benefício social (Bolsa Família) e do emprego que seu esposo tem em Letícia (CO). A questão de não conseguir contribuir com a renda da família é colocada como uma das maiores preocupações de Rosa. Isto se dá devido sua condição de saúde e agora a gestação, que é relatado por ela como impedimentos para conseguir um emprego formal.

O casal mora em um quarto na casa da mãe. Nesta moram a mãe de Rosa, três irmãos e o cunhado, esposo de sua irmã que também está gestante. Assim, a renda total da família é proveniente do esposo de Rosa, do esposo de sua irmã, a aposentadoria deixada pelo pai para sua mãe, e o benefício social (Bolsa Família) recebido por ela e por sua mãe. Antes de se mudar pra casa da mãe, Rosa morava em uma casa com o marido e a filha. Porém, por não poder ficar sozinha, devido sua condição de saúde, passou a morar na casa da mãe com sua família.

Rosa apresenta quadros convulsivos desde os 13 anos de idade, o que torna sua gravidez mais complexa, exigindo uma grande demanda de sua rede de apoio e sendo desafiador para a equipe de saúde a produção do cuidado em um território em que há carência de profissionais especialistas. Assim ela nos conta que durante esse tempo todo obteve apenas duas consultas com especialistas, uma em Manaus, com neurologista, em 2014 e outra em 2018 em um mutirão de atendimento médico em Tabatinga.

É comum que haja ações de saúde em Tabatinga com mutirões de atendimento médicos, geralmente com presença de especialistas, que se dispõem a colaborar com alguns casos. É o que acontece com Rosa, em sua segunda consulta com um médico especialista, quando sua equipe de saúde a coloca em uma lista de atendimento que seria realizado por um médico colombiano, que atenderia em uma associação no município e que teria alguma contribuição no caso de ajuste da medicação no período gestacional em que ela se encontrava.

Na consulta em Tabatinga, o médico disse para Rosa que não era neurologista, mas que foi médico auxiliar de um por muitos anos. Então, ajustou a medicação para convulsões, adequando as dosagens corretas para esse momento da gravidez. E somente a partir desta consulta, que ela conseguiu obter o medicamento através da secretaria municipal de saúde. Anteriormente, comprava por conta própria e se automedicava, de acordo com a intensidade dos sintomas, buscando evitar as crises convulsivas.

Aí quando ele me atendeu (o médico que atendeu pela Associação), ele falou que na verdade ele não era neurologista de verdade, ele era um médico auxiliar antigo de um neurologista já há muito tempo e que minha gravidez ia ser muito difícil mas que ele ia tentar ajudar com o conhecimento que ele tinha, me passando outro medicamento. Aí eu tomei o medicamento que melhorou a quantidade de vezes que eu tinha convulsões.
(Rosa)

O bairro em que moram é coberto por uma UBS responsável pela Atenção Primária da Região e é utilizada pela família para suas necessidades de saúde. Esta conta com duas equipes de saúde que tem médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde e uma das equipes é de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com saúde bucal. Estruturalmente a unidade conta com sala de vacina, nebulização e curativo, e farmácia. A ESF, conta com apoio de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A equipe nos conta

que Rosa é uma usuária muito complicada, que não adere aos programas e não segue as orientações dadas a ela.

(...)ela é muito instável emocionalmente. Então, por exemplo, eu falei “Rosa, você sabia que se você engravidasse ia ser de alto risco, que você não cura nem sua epilepsia, como é que a gente faz? Aqui não tem nenhum especialista” e ela respondeu “não, porque o meu marido que queria muito, muito, muito”
(Profissional da UBS)

Ela é uma pessoa difícil, meu Deus! Porque assim, a gente tentou aderir ela muito tempo pra planejamento familiar e ela não quis. Ela toma remédios como acha que são...
(Profissional da UBS)

Rosa nos conta que por conta da ingesta matinal, em jejum, do medicamento anticonvulsivo, possui dificuldades em acordar muito cedo. Relata que fica sonolenta e se não dormir, apresenta convulsões ao longo do dia. Ainda de acordo com ela, isto dificulta sua ida com maior frequência as consultas de pré-natal, tendo em vista que são realizadas pela manhã. Além disso, por conta da demanda, é necessário ir antes do horário da consulta, para conseguir uma boa colocação na fila de atendimento. Rosa procurou a UBS pra iniciar o pré-natal pois nos dois primeiros meses gestacionais ela tinha até quatro crises convulsivas por dia e diz que na primeira consulta, os profissionais da equipe de saúde ficaram bem preocupados. Ela cumpriu com nove consultas de pré-natal, sendo quatro de enfermagem e cinco médicas. Porém, devido seu quadro de saúde, a equipe gostaria que as consultas fossem mais frequentes, e nos relatam que Rosa não conseguiu cumprir o cronograma de consultas.

Geralmente quando a consulta é de manhã eu já fico com medo porque eu tenho complemento. Se eu comer muito cedo eu passo mal, se eu comer muito tarde eu passo mal, então eu tenho que esperar... fora o enjoo da gravidez né? Que até hoje eu passo mal, fica aquele enjoo forte. Eu tava tomando até a... remédio pra enjoo, pra dor de cabeça e pra convulsão. Tomava os três. Acordava tomava os três aí eu levantava tomava café e eu ia. Mas as vezes você tem que chegar no posto muito cedo, aí ia dando aquela agonia, e as vezes eu não posso nem ir sozinha, meu marido tem que trabalhar, mas é o jeito. Mas graças a Deus eu me esforcei e fiz de tudo pra fazer pelo menos, pelo menos as seis consultas que são também mensal né? As vezes vai até dois, três meses o espaço mas eu consegui fazer seis consultas né? Do pré-natal até agora.
(Rosa)

Aí a gente tentou marcar as consultas dela mais seguidas mas ela faltava, eu tive até que ir na casa dela e atender ela lá. Não que eu fale “ah ir até a casa dela” mas, é que tem paciente que realmente não tem como vir, mas ela tem. O marido dela tem moto o que custava ele deixar ela aqui sabe mas, não.
(Profissional da UBS)

Ainda sobre precisar dormir até um pouco mais tarde, nos fala que essa questão gera ciúmes em seus irmãos, pois eles acham que é para não realizar as tarefas domésticas. Contudo, sua mãe sempre entende sua condição de saúde, e respeita seus momentos de descanso. Na realidade, o que se observa, é que a mãe de Rosa é o ponto mais forte de sua rede de apoio. É a quem sempre se refere como o elo mais importante e aquela que compreende suas dificuldades e está presente a todo momento.

Há 9 meses a família perdeu seu principal ponto de apoio, o pai de Rosa, era ele que trazia a maior parte do sustento financeiro para casa. Havia 3 anos que o pai apresentava um quadro de diverticulose, e demandou muita ajuda das equipes de saúde, inclusive com transferência por duas vezes para a capital Manaus, sendo uma delas em avião ambulância devido o estado grave. A mãe de Rosa acompanhou o marido em todas e nos contou sobre as dificuldades de se manter na capital uma vez que apenas o hospital é garantido para quem é transferido. Ela nos fala que ficou na casa de uma filha que morava em Manaus, e que muitos eram os gastos com transporte e alimentação, pois a filha morava distante do hospital em que o pai estava internado. Além disso, tinham que manter os filhos que ficaram em Tabatinga, dividindo o pouco dinheiro que tinham, uma vez que o pai não estava trabalhando.

Foi devido a esta situação que equipe da UBS se envolveu mais com a família de Rosa. Era necessária solicitação de ajuda para conseguirem medicação e fraldas para o pai e realizavam constantemente as consultas domiciliares. Vale ressaltar que, em todo o momento, a médica é a profissional da equipe que a família menciona quando o assunto é apoio e empatia. Dizem, que ela sempre está disposta a solucionar as questões de saúde como um todo. Se engajava em conseguir o que fosse de sua competência para amenizar as questões de saúde da família. Mesmo quando havia dificuldade por questões de limitações dos serviços de saúde presentes no território. E também era responsável pelas “*brincas*” quando era necessário, mas que sempre tinha razão em dá-las.

E eu fiquei muito por dentro (das necessidades financeiras e de saúde da família) foi por conta do pai dela, por isso que eu sei das coisas, porque eu fiquei muito assim sabe? Ele era o paciente mais delicado que a gente tinha nessa época.
(Profissional da UBS)

Aí, graças a Deus espero que ela (a médica) não saia tão cedo de lá. Ela é uma ótima pessoa entendeu? Ela ajuda muito, e a gente criou uma relação muito boa até porque até quando é pra dar carão ela me dá, me chama atenção tudinho. Até com ele (o esposo) também.
(Rosa)

Daí a partir do momento que a dra. (médica da UBS) teve conhecimento que ele precisava ela vinha em casa, ela vinha em casa toda vez que ela marcava assim os dias ela vinha ver ele, e ela assim, graças a Deus que ela assim, todas as três (médicas que trocavam na UBS) eram ótimas doutoras davam assistência... Era muito difícil na situação (financeira) que a gente tava passando. Aí ela começou a falar pra assistente social, assistente social, aí até que uma delas disse vai lá na secretaria de saúde.
(Mãe da Rosa)

Em relação aos demais profissionais da equipe de saúde, os familiares nos falam sobre o relacionamento conflituoso com um integrante da equipe. Essas questões estão relacionadas a conflitos de cunho pessoal, que são anteriores às questões de saúde de Rosa. Isto dificulta a relação entre usuária e equipe e, às vezes, demanda intervenções maiores em situações que poderiam ser resolvidas mais fácil e rapidamente.

Ela é a única pessoa (da ESF) que me estressa assim porque, como eu falei, eu fico revoltada até quando meu pai tava doente, em relação a isso, é porque ela passeia lá e aqui entendeu? Aí então eu fico estressada por isso poxa “mana esse é teu trabalho, eu sou ser humano também eu também tenho que merecer ser bem tratada”
(Rosa)

Porque ela, disse que ela (Rosa) nunca aceitou que tinha convulsão. Achavam ela caída lá no banheiro mas ela “não, não, não. Já me levantei!”. Ela tipo, ela nunca... “foi muito difícil pra essa menina (Rosa) aceitar”.
(Profissional da UBS)

Aí minha filha chamou ela (integrante da equipe de saúde) e passou isso pra ela. Daí ela disse:” Ah mas eu já consultei lá no posto o que essa não é uma obrigação nossa porque não chegou nenhum papel pra nós dizendo que nós temos que correr atrás de oxigênio correr atrás dessas coisas” né? Aí tudo bem, o que que a gente vai fazer né? Porque ela correndo atrás com a gente dessas coisas já seria uma ajuda porque é mais rápido pra ir lá se informar falar com a assistente social geral de lá né?
(Mãe da Rosa)

Quanto a seu quadro de saúde, ela nos diz que sente dores de cabeça constante e por isso utiliza medicamento todos os dias para este sintoma. Aponta situações que contribuem para desencadeamento das convulsões como: não dormir bem, as preocupações, a ansiedade, o estresse, o calor. Associa esses fatores a um quadro psicológico também, como uma “*síndrome do pânico*”, “*ansiedade*”.

Como eu falei, que é até psicológico assim, o conjunto, se eu não dormir bem, se tiver raiva, se eu ficar muito estressada, ansiosa e a quentura, junta tudo isso. Tem dia que até no trabalho a gente tava conversando “aí amor, pelo amor de Deus, hoje eu tô com medo já porque, tá quente, eu tô ansiosa, tô com dor de cabeça e não consegui dormir ontem” aí eu já fico ansiosa, mas se eu não for logo pra o banheiro... eu acho que geralmente, é por isso mesmo que as vezes que eu passei mas vezes mal foi no banheiro, que é isso que eu falo pra mamãe e pra ele, é que eu sinto uma quentura um sufoco, uma falta de ar que eu só sinto mais alívio quando eu

tomo banho porque alivia a quentura entendeu? Tanto que quando eu passava mal eu já queria ir direto pra o banheiro, eu tava ali mal, tontinha mas eu já queria ir direto pra o banheiro porque eu sentia aquele alívio quando eu tomava banho, por causa da quentura. Não é por frescura, as vezes ele “te aquieta aí, fica aí” mas como se eu tô sufocando por causa da quentura, dá logo uma agonia entendeu?
(Rosa)

Por não conseguir atendimento com médico especialista em Tabatinga, Rosa foi referenciada para a capital Manaus para realização de consultas e exames. Permaneceu por três meses na capital, onde realizou apenas um exame e uma consulta, o neurologista, segundo ela, constatou que não haviam alterações neurológicas que justificassem as crises convulsivas. Ela nos fala sobre como foi difícil esse encontro que provocou frustração quando ela tinha esperança de encontrar uma resposta para sua condição de saúde e talvez uma solução.

(...) eu passei três meses (em Manaus) e consegui fazer só um exame e quando eu cheguei pra ser atendida com o neurologista ele foi super ignorante, me tratou mal... Simplesmente ele falou “aí, não saiu nada no seu exame que você fez, você não tem nada, que nada.... Pode ir pra casa”. Entendeu?... Eu cheguei em casa chorando porque eu sofri tanto. Eu acordava às vezes com ela (irmã de Rosa) 4 horas pra gente sair pra chegar no máximo 7 horas lá...E aí você chegar e ser mal tratada desse jeito entendeu? Depois de três meses ainda esperando todo esse caminho. Por isso que tem vezes que tem gente que briga comigo: aí, porque tu não foi fazer o exame em Manaus, porque você não procura ajuda pra ver o que é, fazer um, como é que se fala da cabeça? Uma tomografia. Mas como! Se eu passei todo esse tempo todo lá, e os primeiros exames que era pra fazer eu só fiz um depois de três meses lá e ainda fui mal tratada.
(Rosa)

No laudo do exame de eletroencefalograma que tivemos acesso consta que não há presença de anormalidades. Sendo assim, havia necessidade de realização de outras consultas, até mesmo com médicos de outra especialidade e não apenas o neurologista, além da realização de exames mais específicos para obtenção de diagnóstico e conduta médica.

Por sentir muitas dores abdominais, principalmente após as crises convulsivas, Rosa é internada com certa frequência na maternidade. As questões relacionais com a equipe se apresentam como apropriadas, porém a falta de material, principalmente medicamentos é o que dificulta a assistência. As pacientes necessitam comprar alguns e, às vezes, rateiam as caixas de medicamento pra ser mais acessível e possibilitar a compra. Uma vez adquirido, é administrado pelos profissionais da Maternidade.

Além dessa situação, presenciamos dificuldades em escalar todos os profissionais necessários para o turno do plantão. No período em que tivemos presente, houve uma greve

por parte dos funcionários de uma empresa terceirizada que presta serviços na maternidade, pela falta de pagamento de seus salários, em atraso há alguns meses. Com isso observamos a dificuldade de completude do quadro de trabalhadores, o que fazia com que a equipe que estava no plantão não conseguisse passar pra outra equipe, sobrecarregando alguns com plantões seguidos.

Além destas questões, a estrutura também é um fator de tensão. A Maternidade não conta com leitos de UTI, UCI, como preconiza a política pública nacional. Quando há necessidade de internação nessas unidades, é necessária transferência para o HGUT (Hospital Militar), porém nem sempre esta tem resposta positiva. Sendo então, a capital Manaus, referência para esses casos.

Por conta dos riscos associados à sua gravidez, os médicos sugeriram que ela tivesse seu filho na capital Manaus, tendo em vista a maior disponibilidade de suporte clínico materno e neonatal, caso fosse necessário. Porém, sua experiência com o serviço de saúde da capital não foi bem-sucedida o que contribuiu para construção de uma barreira no que diz respeito a voltar a capital novamente. Somado a isso a questão de deixar a filha, o marido, a mãe, sua “vida” em Tabatinga e a questão financeira da família, também contribuem para que ela permaneça no território.

Teve sua primeira filha teve de parto normal assistido no hospital de Guarnição em Tabatinga. Este, na época, era o único hospital presente no território, uma vez que a Maternidade e a UPA foram inauguradas apenas em 2014. Nos conta que na primeira gestação tinha menos convulsões que na gestação atual, sua maior preocupação em estar grávida é o parto ser prematuro e não ter suporte com incubadora para o bebê na maternidade do município.

Na realidade pra mim a dificuldade é maior porque além da gravidez e o risco de ter um parto prematuro. E agora eu tô tendo assim, a dificuldade de, do meu próprio cuidado assim, da minha saúde e com a criança se acontecer alguma coisa, um parto. O que eu tava mais assustada é que assim a gente não tem toda, se caso ele tá com o pulmão muito imaturo ainda aí então se acontecesse dele nascer, queria muito que tivesse uma incubadora, mas não tem. Me disseram que tá chegando uma, mas o bebê (risos) não vai esperar né? Agora segunda feira passada (3 dias antes da internação na maternidade) eu tive uma convulsão muito forte de novo, e o bebê desceu um pouco mais, acho que pela força. Essa é a minha preocupação, o cuidado de não ter todo auxílio...

(Rosa)

Em Letícia, na Colômbia, Rosa teria possibilidade de realizar consultas e exames especializados. Porém, o sistema de saúde Colombiano oferece atendimento apenas para quem tem nacionalidade colombiana. Por não apresentar documentos oficiais de casamento, e não ter obtido a documentação para dupla cidadania devido questões financeiras, ela não tem direito a atendimento. Tendo que acessar os serviços, se necessário, de forma particular. O que, pela condição financeira da família, é inviável.

O esposo utiliza os serviços de saúde de Letícia, por ser colombiano, possui cobertura mediante contribuição. Já sua filha apresenta dupla nacionalidade e utiliza os serviços de saúde dos dois sistemas. O esposo nos conta que paga o equivalente a 50 reais por ele e pela filha, que já vem descontado diretamente em seu salário. E que se Rosa tivesse a cidadania colombiana teria as consultas com especialistas e realização de exames em Letícia e, quando não há localmente, o paciente é transferido para Bogotá, capital da Colômbia, tendo local para hospedagem, transporte e alimentação garantidas pelo Estado. Eles nos contam que a filha utiliza os serviços de Letícia para tratamento de alergia respiratória e asma, quanto aos serviços de atenção básica utiliza o sistema de saúde brasileiro.

Sempre nas conversas, seja com usuários ou com os profissionais de saúde, nos é colocado a questão da utilização do serviço de saúde brasileiro pelos estrangeiros. Principalmente por não haver reciprocidade quando há necessidade de utilizar o serviço de saúde colombiano que tem um suporte maior em relação ao peruano que possui apenas um posto de saúde para atendimento da população do distrito de Santa Rosa do Yavari.

(...) tenho como que assim minha própria análise, eu não sei se posso tá enganada mas, eu vejo assim, que o peruano que vem pra cá, ele vem atrás da bolsa família, essa é a captação sabe? Porque quando eu falo “seu filho vai nascer aqui, tem que prestar serviço militar, é obrigatório ele tem que ter...” “Sabe, quando eu falo os compromissos que, eles não gostam muito. Não, é a bolsa família. Então eu não sei se realmente, sabe?”
(Profissional da UBS)

É esse, a bolsa família. Então eles acham que porque nasce aqui, não sei é muito estranho porque eles tem tudo lá, não sei porque que... e eles não fazem isso com Colômbia, porque Colômbia não dá bolsa família pra eles.
(Profissional da UBS)

A questão social em área de fronteira mesmo, é um dos maiores desafios. Porque, veio um estrangeiro de um país pobre que nós sabemos que não tem condições de acolher aquele paciente lá, não tem mesmo, nós sabemos que não tem. Então ele vem pra cá e chegando aqui dentro dos nossos recursos nos oferecemos. Mas aí tem um certo limite também, as vezes a gente se sente impotente, por exemplo assim, uma gestante (estrangeira) que precisa ir imediatamente pra Manaus, o avião poderia vir levar pra lá, aí vem um nó, porque ela não pode ir? Porque depois ela não tem pra onde ir lá, porque o consulado não ajuda, o país (de origem da usuária) não ajuda.
(Profissional da Maternidade)

Aqui é muito fácil a demanda do cartão SUS. Porque elas dão qualquer endereço e a gente não tem nenhum... não tem autonomia nem autoridade pra investigar né, se ela mora aqui ou não. Aí elas fazem 5 consultas no Peru e bem aqui fazem 2 consultas no Brasil e ganha o direito de vir parir aqui. Além de que o cartão SUS é retirado aqui na frente também.

(Profissional da Maternidade)

(...)algumas pessoas da família do meu marido, meu esposo, tem alguns que moram aqui, da Colômbia moram aqui, mas todo auxílio, a convivência, digamos, faz tudo aqui no Brasil, então isso nessa parte eu vejo pessoas próximas, então é isso que eu falo né, que tem até gente que faz de tudo pra tirar o documento brasileiro pra poder ter o auxílio daqui.

(Rosa)

Mais do que as questões de saúde, o preconceito enfrentado por Rosa relacionado a sua condição de saúde, se faz presente em seu enfrentamento cotidiano. Ela e sua mãe nos contam que muitas pessoas não tem aproximação por acharem ser uma doença contagiosa. E que essas atitudes são negativamente significadas por elas, gerando tristeza na mãe em ver o sofrimento da filha.

Tem pessoas que pensa que pega, tem medo de tomar água de comer alguma coisa assim porque, ah não! Eu porque, eu ouço as pessoas dizerem assim:” cuidado tem que separar o copo dela”. Eu digo graças a Deus até hoje minha filha tá lá nunca separei nada, té hoje nunca separei.... E dizem assim: “aí quando tiver dando não deixa criança se aproximar dela que vai pegar” não sei o quê. Olha né? eu digo Deus, meus filhos cresceram todos juntos com ela até hoje nenhum pegou, vamos dizer assim pegou, dela. A filha dela ta criando aí junto com ela, comendo bebendo até hoje assim, graças a Deus.

(Mãe da Rosa)

A relação de apoio entre T e sua mãe é o elo mais forte de sua rede. A mãe dela diz que muitas vezes, a filha não quer contar o que está sentindo, mas “*com jeito*” sempre a chama pra conversar. Principalmente quando sente que Rosa está mais calada, com semblante mais triste. Nos fala que as conversas “*lá fora*”, no pátio na entrada da casa, são as melhores. Rosa sempre pede conselhos a mãe. Dizem que são parceiras em tudo uma vez que a mãe sempre está presente por não poder ficar sozinha devido as convulsões. E que, na maioria das vezes, prefere ficar sob os cuidados da mãe do que ir aos serviços de saúde quando tem as convulsões.

Rosa nos conta que se preocupa em ver a filha com medo quando ela tem as convulsões. Diz que a filha cuida dela, e não quer se afastar quando tem as crises, mas que sabe que ela fica assustada. A vó fala que a neta mesmo com medo não deixa Rosa sozinha e

sempre se preocupa com o bem-estar da mãe. Elas acham a filha de Rosa madura para sua idade, e condicionam isso as responsabilidades e preocupações com as questões de saúde da mãe.

Minha filha até quando ela vê que eu vou pra o banheiro ela diz: mãe se a senhora tiver alguma coisa me chama. Não meu amor tá tudo bem. Ela já fica até lá na porta me cuidando, por causa que eu caio muito no banheiro, taquei minha cabeça na pia ficou só um galo desse tamanho, ficou um buraco na testa, depois que voltou ao normal mas eles ficaram até com medo.

(Rosa)

Ela foi dormir uma noite dessa quando ela passou mal ela foi lá na minha cama e falou assim: “vovó”. Ela tava chorando, chorando eu tomei um susto e disse que foi minha filha, ela tava me cutucando, eu falei meu Deus do céu o que foi minha filha? Ela falou: “a senhora vai dormir lá comigo, lá com a mamãe?”. Eu falei: “Porque tu não dorme aqui comigo minha filha?” Ela falou: “Não vovó, eu não quero deixar ela sozinha, eu tenho muito medo de deixar ela sozinha”. Entendeu? Porque eu falo que essa menina tem só sete anos e tem toda essa preocupação.

Ela (a neta) diz assim: “O que será de mim vovó se a minha mãe morrer?” dá vontade de chorar junto com ela só que aí eu me faço de forte pra passar, me fazer de forte pra conversar e passar pra ela essa segurança né?

(Mãe da Rosa)

Quanto sua relação com o esposo, Rosa demonstra nas conversas que gostaria de um pouco mais de atenção. Por ele, segundo ela, ter a vida “*normal*”, de sair com os amigos, trabalhar, ela se sente o lado fraco da relação. Isto é percebido pela mãe e também por sua equipe da UBS. A mãe de Rosa nos conta que também conversa com o casal sobre o relacionamento deles. Uma profissional da equipe de saúde diz que chamou o esposo para conversa, com o objetivo de fazê-lo compreender sua responsabilidade sobre a gestação. Rosa nos conta que foi bom isso ter ocorrido para “*abrir os olhos*” de seu esposo, que ela precisava que alguém demonstrasse isso a ele.

Ela sente muita cólica, ela sente muito tudo, então eu não sei se ela somatiza, eu não sei se é porque o marido dela as vezes é ausente, eu acho que, eu sinto que ela queria que ele fosse mais...

(Profissional da UBS)

Rosa deu à luz a um menino, de parto normal na maternidade do município de Tabatinga com 38 semanas de gestação. No dia em que entrou em trabalho de parto, por volta das 2 horas da manhã, começou a sentir fortes dores e teve um pequeno sangramento vaginal. Por estar chovendo naquele momento a família tentou contato com a maternidade para mandar a ambulância, porém não tiveram sucesso. O esposo foi de moto até a maternidade,

onde foi informado que a ambulância só poderia ir se a equipe atendesse a ligação. E foram orientados a irem por conta própria.

Então, o esposo voltou para casa, e a levou de moto até a maternidade. Na maternidade, ela nos conta que tomou um medicamento no soro para acelerar as contrações e fez também banho morno. Sua maior preocupação era ter convulsão no momento do parto e perder a consciência. Contudo, o parto evoluiu normalmente, sem complicações para Rosa e seu bebê.

Em várias conversas posteriores, nos conta sobre a dificuldade de sua rotina agora com bebê pequeno devido a privação do sono. Sempre nos fala sobre preocupação com os problemas financeiros e por não poder contribuir com a renda da casa fazendo com que se sinta um fardo para sua família. Além disso, reitera sobre a esperança de conseguir um tratamento para sua condição de saúde. Algumas vezes fala como se a vida não valesse a pena se for pra ser vivida dessa maneira.

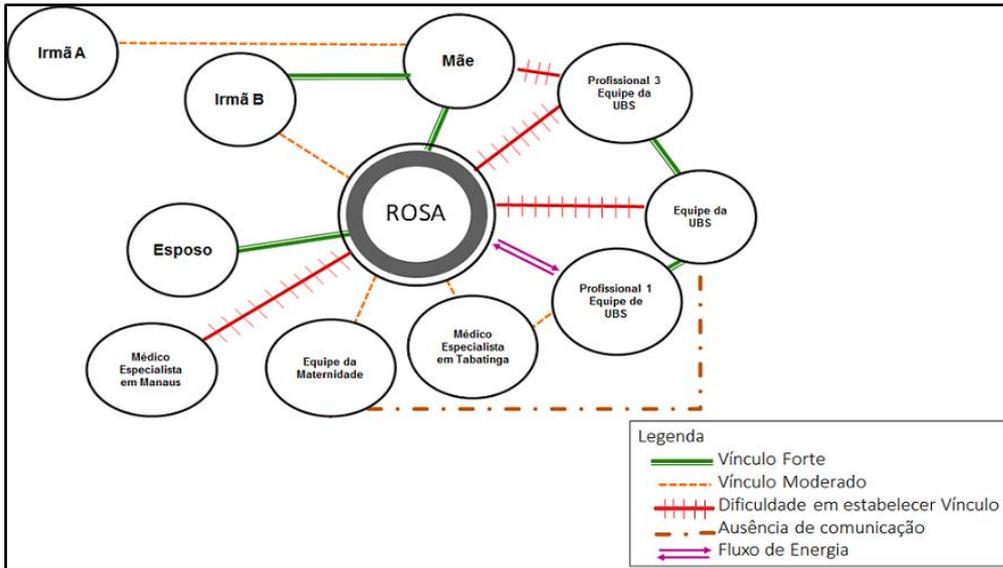
Às vezes eu fico tão triste por não poder trabalhar e com tantas dificuldades pessoais e financeiras por causa dessas convulsões que eu tenho vontade de morrer logo por causa disso.

...eu fico pensando se isso é vida pra gente...

(Rosa)

Abaixo, observamos o mapeamento da rede viva de Rosa (Figura1). Observamos que os elos da rede informal produzida pela família de Rosa, são os que se apresentam como vínculo forte, são os que, em sua perspectiva, oferecem apoio de forma segura. Quanto a rede tecida com os profissionais da saúde, as questões relacionais influenciam diretamente nas suas escolhas quanto ao seu projeto terapêutico. Por algumas interferências nessa rede, os encontros tornam os vínculos fracos, ou até mesmo não conseguem ser estabelecidos. As equipes da Maternidade e da UBS não estabelecem diálogo quanto as questões de saúde de Rosa, inibindo a integralidade no cuidado.

Figura 1: Mapa da Rede Viva produzida por Rosa.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Rosa, através de sua percepção, nos mostra as dificuldades enfrentadas por uma pessoa que mora em um território que demandam mais dos serviços de saúde locais. Porém, mais do que isso, ela nos coloca luz sobre as questões emocionais e como estas corroboram para a saúde em seu conceito mais amplo do que a ausência de doenças. As relações estabelecidas em uma rede viva são de fundamental importância para o bem-estar e qualidade de vida. E os encontros estabelecidos no tecer desta rede, marcam com signos importantes para a o desenvolvimento emocional e para as escolhas feitas pelo usuário quanto ao seu projeto terapêutico.

DISCUSSÃO

Quando pensamos em compreender os caminhos traçados juntamente com a usuária, não falamos de olhar pelo seu ponto de vista. Na realidade a metodologia do usuário guia é muito mais do que olhar pelo usuário, mas é olhar com os próprios olhos dele, assumindo sua perspectiva para o sentido que é dado para suas experiências em seus encontros em seus vários modos de produzir vida (SEIXAS, *et al.* 2019)

Rosa nos mostra vários aspectos presentes em um território de fronteira amazônica. As questões de territorialidade (HAESBAERT, 2004), de pertencimento a uma cultura, um povo, são bem presentes em nossas conversas. Principalmente quando ela é questionada a se mudar pra capital Manaus pois teria melhor suporte de saúde. Isso nos demonstra que as questões de saúde são apenas um dentre os vários aspectos da produção de vida. E que, nem sempre, as escolhas dos usuários são baseadas apenas em seu código patológico.

A fronteira é um território com um múltiplas mudanças. Isto se dá devido a intensa interação dos países e cidades que os representam no território. A migração pendular (SUÁREZ-MUTIS *et al.*, 2010) relacionada as interações sociais, trabalhistas e econômicas entre os países deste território, potencializam o fluxo trazendo essa dinâmica também para os serviços de saúde. Por isso, o serviço de saúde brasileiro é desafiado a se organizar se adequando as necessidades do território, uma vez que as decisões tomadas através das políticas nacionais, não contemplam particularidades locais (SCHWEICKARDT, *et.al.*, 2016).

Por ser casada com um colombiano e a filha ter a dupla nacionalidade, podemos compreender as estratégias criadas e as redes tecidas para utilização dos serviços de saúde dos países que compõe esta fronteira. Uma vez que cada país apresenta distintas políticas de saúde, e neste caso, apenas o Brasil oferece os serviços de forma universal e gratuita.

Nossa percepção é que sempre que perguntamos sobre esta temática, as respostas são envolvidas por um misto de emoções. Estas relacionadas a de senso de ajuda aos que estão precisando de cuidados em saúde, e indignação pelos que utilizam os serviços de má fé, fazendo destes, porta de entrada para obtenção de outros benefícios sociais oferecidos pelos programas de políticas públicas brasileiro.

O estudo de Olivar, *et al.* (2015) esclarece a percepção da população de Tabatinga quanto aos estrangeiros que adentram o Brasil em busca de serviços na tríplice fronteira do Amazonas. Assim como neste estudo, percebemos que os peruanos são percebidos como os mais necessitados e por isso buscam os serviços, principalmente os de saúde e o comércio em Tabatinga, AM. Mas, as desigualdades nas relações transfronteiriças são o que mais inquietam a população. O fato de tanto os colombianos e, principalmente os peruanos, acessarem os serviços de saúde de forma gratuita e os brasileiros não poderem fazer isso do “*outro lado*”, em Letícia (Colômbia), é um ponto de tensão nas falas. A questão de a fronteira ser aberta, e o lado brasileiro não ter controle é bastante presente. Enquanto que a percepção é que em

Letícia o controle é maior na entrada da fronteira, pela presença de fiscalização mais presente, inclusive nas questões de compra de propriedades, abertura de comércio, dentre outros.

Giovanella, *et al.* (2018), demonstra que as questões internacionais de saúde tem sido tema de discussões no que diz respeito ao princípio de universalidade. Esta tem se polarizado entre cobertura universal de saúde e sistema universal de saúde. A cobertura universal refere-se a um seguro diretamente contributivo com maior participação do setor privado sendo o papel do Estado apenas de regulador. Já o sistema universal, o financiamento se dá por meio dos fundos públicos através de arrecadação de impostos e contribuição social e o Estado não apenas realiza a regulação, mas também tem o dever de gerir e ofertar os serviços.

Vemos exatamente esse cenário no território da tríplice fronteira. O sistema de saúde colombiano e peruano tendo características de cobertura universal, onde quem contribui para com os seguros tem direito aos serviços, e o sistema de saúde brasileiro onde o Estado tem total responsabilidade pelos serviços e estes são oferecidos a todos os que estiverem em território nacional.

A miscigenação social da população fronteiriça, onde as famílias são compostas por membros de várias nacionalidades, fazem com que estratégias sejam estabelecidas visando o acesso aos serviços de saúde conforme a necessidade. É o que vivenciamos nesta experiência com a usuária e sua família.

Em Tabatinga os serviços da Rede de Saúde Materno Infantil são bastante utilizados no que diz respeito a Atenção Básica e a Maternidade, porém a escassez de médicos especialistas e morosidade na realização de exames fazem com que a população fronteiriça se movimente no território em busca dos serviços. Além disso os gestores e profissionais da saúde, procuram estratégias para realização de ações e contratação de profissionais para tentar transpor as barreiras de acesso impostas no território.

Dentre as estratégias da política nacional de atenção à saúde materno-infantil, a implantação da Rede Cegonha é instituída (BRASIL, 2011). Esta tem por finalidade assegurar melhores condições de acesso à saúde, distribuindo suas ações em quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, e Regulação. Ao acompanharmos Rosa, compreendemos que algumas ações preconizadas por esta estratégia apresentam interferências em sua realização. A falta de medicação, ausência de leitos de UTI e UCI neonatais, falta de apoio para o deslocamento para as consultas pré-natais e para o

parto, e a ausência de médicos especialistas no território, demonstram falhas nos componentes da rede, principalmente no de Pré-Natal e Regulação.

Sendo assim as populações de cidades fronteiriças, tecem suas redes vivas para o enfrentamento das desigualdades impostas pela divisão política e espacial de uma fronteira internacional, principalmente quando faltam respostas para suas necessidades em seu país. Esse fluxo de clientela no serviço de saúde compromete a efetividade das políticas de saúde, pois a intensa mobilidade tende a não vincular o sujeito no serviço de saúde, dificultando o acompanhamento deste pela equipe de saúde, gerando tensão e desafio para as equipes presentes no território (LEVINO, 2010; PEITER, 2007).

Assim, observamos as redes vivas sendo construídas como no conceito de Rizoma, proposto por Deleuze e Guattari, explicitados no texto introdutório de sua obra: *Mil Platôs*. Onde há proposta de um modelo epistemológico em que não há hierarquia entre os saberes do sujeito. Trazendo para o conceito de redes vivas, e considerando a multiplicidade do usuário (MEHRY E GOMES, 2014), não há um ponto de encontro da rede mais importante que outro. Seja este encontro com o profissional de saúde ou com qualquer outro sujeito que faça parte de sua rede. Mas, se fazem pontos mais fortes, aqueles que produzem afecções ao usuário marcando com signos importantes para suas tomadas de decisão.

Os profissionais de saúde oferecem uma “caixa de ferramenta” (DELEUZE E GUATTARI, 1995; MERHY, 2002) para o usuário, e este escolhe as que irá fazer uso. Rosa nos demonstra autogoverno quanto a esta escolha de seu projeto terapêutico, quando toma algumas decisões com relação a dosagem da medicação prescrita pelos médicos, ter seu parto realizado em Tabatinga enquanto os profissionais sugeriram se deslocar para capital, ficar sob os cuidados de sua família ao invés de procurar os serviços quando tem as convulsões. Dentre outras decisões tomadas na sua caminhada de produção de vida, que colocam seu código de doença entre parênteses. Como o fato de estar grávida, quando sua equipe de saúde diz que isso não poderia acontecer pelos riscos de saúde que ela correria.

Observamos algumas fragilidades nos pontos de sua rede viva, formados pelos encontros com os profissionais de saúde. Seus “desencontros” com os estes impossibilitam construir pontos fortes e potencializadores da produção do cuidado. Assim os cuidados oferecidos pela sua rede produzida fora do sistema de saúde são os que apresentam maior potencial, portanto deveriam ser levados em conta pela equipe de saúde, incluindo-os no projeto terapêutico.

A incerteza quanto ao diagnóstico de sua condição de saúde e quanto a prescrição de medicamentos demandadas pelos profissionais especialistas, deixam-na insegura quanto a seguir as orientações médicas. Isto nos é expresso quando Rosa diz: *“O outro não me tratou bem [falando do médico que a atendeu em Manaus] o segundo falou que não sabia o que tava falando aí eu...”*. Paralelamente a estas fragilidades, observamos uma mulher com multiplicidade dentro de si, que hora é usuária, ora sonhadora, ora com sentimento de sofrimento, ora filha, ora mãe, ora esposa, e destes todos protagonista de sua existência (ALMEIDA E OLIVEIRA, 2016).

O estudo de Seixas, *et al.* (2019) refere que o vínculo que é estabelecido no encontro do usuário com os profissionais da saúde tem grande potencial terapêutico. E este pode ou não ser estabelecido a depender das experiências relacionais disponíveis, pois é construído no ato. Rosa nos mostra que os encontros produzidos em sua experiência com os serviços de saúde, principalmente o médico especialista que a atendeu em Manaus, não a consideraram em uma relação simétrica, onde os sujeitos que se encontram possuem a mesma importância na cena do encontro. Assim, quando criados, os vínculos foram frágeis, inibindo a possibilidade de os sujeitos serem aliados no projeto terapêutico.

Um outro aspecto está relacionado a um ponto forte da rede estabelecido com a médica da UBS referência. Ela se dispõe a referenciar o caso, conseguindo consultas em mutirões de atendimento realizados por médicos colombianos, em Tabatinga e também a realização de exames por parte da UBS Fluvial pertencente ao município. Assim novos elos entre os serviços de saúde vão se estabelecendo em busca de sanar as barreiras impostas pela ausência de alguns serviços no território. Mesmo assim percebemos vários silenciamentos quanto a referência e contra referência nos serviços de saúde. Ações isoladas dos profissionais e, até mesmo da usuária, que não se enlaçam dificultando a integralidade no cuidado, assim como na pesquisa de Abrahão e Schiffler, (2014) com usuários da rede de saúde mental. A equipe se vê de mãos atadas e então referência a usuária como um caso complexo.

A multiplicidade dos vários modos de vida apresentados em um único usuário, desafiam os modos de agir das equipes de saúde. Por isso as tecnologias relacionais, denominadas leves, propostas por Merhy (2002) devem ser a nova perspectiva de aposta para construir possibilidades de produção do cuidado tendo o usuário como protagonista na construção de seu projeto terapêutico. Onde os encontros que lhe provocam desconforto têm seus significados por ele adaptados, reunindo um conjunto de orientações fragmentadas

obtidas de diversos encontros que não se articulam entre si, fazendo com que ele tome unilateralmente as decisões (FEUERWERKER E MERHY, 2016).

Assim como no estudo de Schiffler, *et al.* (2016) podemos perceber que as relações estabelecidas como pontos de uma Rede Viva, são os elos mais fortes para a escolha da terapêutica. Como Manu, usuária do estudo citado, Rosa escolhe as orientações que deve seguir e os serviços que deve acessar ou ainda, as pessoas que deve procurar, baseada na experiência relacional que teve ou tem com os profissionais dos serviços de saúde e com sua rede para fora deste.

Por esse motivo, colocar o usuário como protagonista do seu cuidado é importante. Trazer a voz, e o lugar dele de fala, em meio as decisões a serem tomadas pela equipe de saúde, se faz necessário uma vez que, o processo de produção da vida se dá para fora dos muros das instituições de saúde. Proporcionar a escuta sobre suas reais necessidades, e a compreensão sobre os modos de vida do usuário, para além de um código de doença, os libertam de alguns estigmas, permitindo a mudança do olhar focado em resolver a patologia, colocando-o sobre o promover saúde.

O QUE A USUÁRIA NOS ENSINA?

A fronteira do Amazonas, apresenta uma população diversificada. Além dos brasileiros, peruanos e colombianos, a presença indígena também é significativa na constituição dos três países. Porém, mais do que pensar a Amazônia como lugar de ausência, voltamos nosso olhar para as potencialidades inovadoras de organização e estratégias de enfrentamento para várias questões territoriais, inclusive no setor da saúde.

Fazer a pesquisa utilizando o método usuário guia, nos proporciona explicitar a realidade e os desafios que as equipes de saúde e a população de um determinado território enfrentam cotidianamente. A Amazônia, por si só, já desafia a organização e consolidação do Sistema Único de Saúde em territórios que apresentam especificidades que não são contempladas nas políticas nacionais.

Rosa nos possibilitou compreender os modos de vida e os caminhos percorridos por uma gestante, tida como um caso complexo, não apenas por sua condição de saúde, mas por

desafiar a equipe, por não ser uma usuária que aceita passivamente todas as orientações, e por não se enquadrar em um projeto terapêutico padrão.

Falar de Rosa, é falar sobre nós. Nossos modos de produzir cuidado, de se relacionar com o outro. Por isso a riqueza deste método quando consegue envolver a equipe responsável pelo usuário guia, como coparticipantes na construção do estudo. Fomentando discussões e reflexões com potencial transformador para as práticas dos cotidianos de gestores, trabalhadores e usuários das Redes de Saúde.

Ao produzirmos esta pesquisa, os encontros produziram afetações em nós. A busca pela usuária que nós emprestaria seus olhos e seu caminhar, foi tão importante quanto achá-la. Conhecemos profissionais dos serviços de saúde que mesmo com as lacunas presentes nas políticas nacionais para características específicas de um território amazônico e fronteiro, organizam os serviços por meio de estratégias de enfrentamento. Destas conhecemos as mais diversas, que nos fazem enxergar o potencial inovador na produção do cuidado nos territórios amazônicos.

E não falamos apenas dos saberes institucionais dos setores de saúde. Mas, de como as relações com os demais pontos da rede viva informal da usuária produzem cuidado de forma espontânea e coletiva. Como a usuária é que sabe de si, ela potencializa os encontros que a afetam de maneira positiva os tornando capazes de interferir em suas escolhas afetivas para produção do cuidado e si e do outro. Por isso a importância de ser vista pelos profissionais de saúde não apenas como eles a apresentam a nós, como um caso complexo e de difícil adesão aos programas padronizados, mas como uma mulher capaz de tecer suas redes conforme seus desejos e necessidades, tomando suas próprias decisões demonstrando governar a si mesma.

Por não sermos profissionais integrados a equipe envolvida no cuidado para com a usuária, precisamos desenvolver nossa rede viva. Com isso, criamos elos onde trocamos experiências e juntos, pesquisadores, profissionais e usuários, discutimos sobre os modos de fazer saúde na fronteira. A usuária nos permite enxergar mais do que o seu caminhar pelo território, ela permite que nós nos enxerguemos como sujeitos que implicam e são implicados na pesquisa. Sujeitos que se in-mundizam² e se enlaçam com os acontecimentos ocorridos na produção da pesquisa. E nos levam a percepções e reflexões sobre os modos de produção de

² Conceito proposto por Merhy e Gomes (2014) em que o pesquisador está em conexão com o que é pesquisado e com isso implica e é implicado na pesquisa.

cuidado, compreendendo como este é rico de saberes quando o território exige estratégias de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

ABEP, Associação Brasileira de Estudos Populacionais. XXI Encontro Nacional de estudos populacionais. 2014. Poços de Caldas, MG. Disponível em <http://www.abep.org.br/xxiencontro/arquivos/R0475-1.pdf>. Acesso em 08 de Maio de 2019.

ABRAHÃO, A. L.; SCHIFFLER, A. C. R. Interferindo nos Microprocessos de cuidar em Saúde Mental. In: GOMES e MERHY (Orgs). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da Produção de Acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 89-103.

ABRAHÃO, A.L.; FREIRE M.A.M.; LAGO, E.L.M; COSTA, M.O.; LIMA, E.A.; LAGE, C.Q.; RODRIGUES, D. Os encontros em produção. In MERHY, E.E. *et al.*(orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos**. 1ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016b. 448p.

ALMEIDA, D.E.S.; OLIVEIRA, R.C. O desafio de construir narrativas e memórias- as aberturas para a singularidade dos usuários-cidadãos-guias. In: MERHY, E.E... [et.al.] (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.163-167.

ARAÚJO, L.U.A. A produção do cuidado no período gravídico-puerperal: experiências de mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde. 2015. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Centro de ciências da saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br>>. Acesso em: Abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - Consulta Estabelecimento** Brasília, 2016b. . Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: Abril de 2019.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. de S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Rizoma [introdução]. In: **Mil Platôs (Capitalismo e Esquizofrenia)**. Rio de Janeiro: 34 ed. Vol 1; 1ª Ed. (1995).

EUZÉBIO, E.F. A fluidez territorial na fronteira ocidental da Amazônia: as cidades gêmeas Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). **Revista Franco-Brasileira de Geografia**, v 21, 2014. Disponível em <<https://journals.openedition.org/confins/9659?>>. Acesso em Abril de 2019.

GADELHA, C.A.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p. S214-S226, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Maio de 2018.

GILAT PERU. Isla Santa Rosa Amazonas. Disponível em: <<http://www.integracionamazonica.pe/isla-santa-rosa-amazonas>>. Acesso em: Maio 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, Junho 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Abril 2019.

GIOVANELLA, Lígia. Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul (sumário executivo). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. Porto Alegre, 2004. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: Abril de 2019.

LEVINO, A. Caracterização geográfica, Epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. 2010. **Tese** (doutorado em saúde pública). Centro de pesquisa aggeu magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. De. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490–500, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262277>>. Acesso em: Maio de 2018.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, Setembro, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300593&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Jan 2019.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. (Orgs). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176p.

OLIVAR, J. M. N.; CUNHA, F. M.; ROSA. P. C. Presenças e mobilidades transfronteiriças entre Brasil, Peru e Colômbia: o caso da “migração peruana na Amazônia brasileira. **Revista TOMO**, Sergipe, n. 26, Jan-Jun 2015. Disponível em <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/4405>. Acesso em Março de 2019.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948.

ORLANDI, Eni P. Análise de discurso Princípios e procedimentos. 9ed. São Paulo, Campinas: Pontes Editores, 2010.

PEITER, Paulo César. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, 23: 237-250. Rio de Janeiro, 2007.

PNDU, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, 2013.

PNDU, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015**. Brasília: PNUD, 2015. Disponível em: <<http://hdr.undp.org>>. Acesso em 02 Mai. 2018.

SCHIFFLER, A.C.R.; FEICHAS, N.M.L.; SILVA, S.C.; XEREZ, L.M.; SANTOS, B.S.; BENEVIDES, K. M.M. Redes vivas na gravidez e no parto: a micropolítica que opera a produção do cuidado. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos**. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.332-335.

SCHWEICKARDT, J.C.; LIMA, R.T.S.; SIMÕES, A.L.; FREITAS, C.M.; ALVES, V.P. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; CAMPOS, J.D.P.; CULAU, F.S.; WOTTRICH, L.A.F.; KESSLER, L.L. **Informes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde)**. V. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SEIXAS, C. T., et al . O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Revista Interface**, Botucatu, v. 23, e170627, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em maio 2019.

SUÁREZ-MUTIS, M. C.; MORA, C. M.; PÉREZ, L. del P.; PEITER, P. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazonico**, v. 1, p. 243–266, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co>>. Acesso em: Janeiro de 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O estudo aqui proposto nos permitiu caminhar por um território rico em cultura e saberes. Compreender a fronteira do Estado do Amazonas, quanto ao seu uso e os movimentos que a população fronteiriça produz em busca de suas necessidades de saúde, nos mostra a diversidade de vida que é produzida neste espaço. Mais do que produzir dados, várias vezes, estivemos envolvidos com aquilo que buscávamos compreender, o nosso objeto de pesquisa. E isto implicou em reflexão quanto ao protagonismo que os sujeitos tem em

relação as suas escolhas e decisões. Percebemos assim, a importância de conhecer os percursos feitos pela usuária, e como esse conhecimento potencializa a produção do cuidado.

Consideramos alguns tópicos achados nessa pesquisa importantes de ressaltarmos. O primeiro dele é sobre a questão relacional. Nos saltavam aos olhos enquanto conversávamos com as fontes e analisávamos os dados produzidos, o quanto as tecnologias leves, propostas por Merhy (2002), são importantes nos serviços de saúde. Percebemos que elas ainda são mais potentes quando se trata de um território com necessidades específicas, onde a população necessita de uma demanda de vários dispositivos das redes de saúde. Com as lacunas existentes nos serviços oferecidos e a dificuldade para o acesso a alguns deles, as Rede Viva é produzida no território buscando enfrentamento para as barreiras encontradas. Estas são feitas tanto pelos usuários, quanto pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde que desenvolvem estratégias inovadoras, corroborando para a consolidação de políticas públicas de saúde, mesmo quando essas não preveem suas reais necessidades locais.

Outra questão importante é o método utilizado nesta pesquisa. A usuária guia, nos empresta os seus olhos para enxergarmos suas percepções sobre os modos de se produzir cuidado nos serviços de saúde. Com ela caminhamos pela Rede de Saúde Materno Infantil do município de Tabatinga, Amazonas. Percebemos que a rede tem um fluxo de referência bem definido, com entrada pela Atenção Básica e referência para a maternidade, porém ainda há carência no que diz respeito a atenção especializada. Principalmente no que diz respeito aos materiais e recursos humanos, fazendo com que a população cruze a fronteira na busca por médicos especialistas, medicações e exames complementares.

A utilização da rede por estrangeiras também é um ponto bastante levantado por aqueles com quem conversamos. As leis que regem cada nação, estão colocadas e representadas em um território de fronteira pelas cidades que o compõe. Essas diferenças contribuem para desenvolvimento de estratégias pela produção de redes vivas, para acesso aos mais diferentes serviços neles. Assim o SUS tem grande desafio nesses territórios, uma vez que o acesso aos seus serviços tem garantia universal. E, se apresenta como único com esse princípio na tríplice fronteira do Estado do Amazonas. Assim, o “nascer” no Brasil, implica não apenas na utilização da Rede de Saúde Materno Infantil em Tabatinga, mas também, em questões sociais e econômicas.

Tendo em vista as diferenças das políticas nacionais de cada país, corroboramos com a ideia de Levino (2010), quanto a necessidade de cooperação internacional devido as diferenças apresentadas por cada um sistema de saúde dos países que compõe a tríplice

fronteira Brasil, Colômbia e Peru. Isso garantiria universalidade no acesso e melhor qualidade nos serviços de saúde prestado na região, melhorando a vida da população fronteiriça permitindo integralidade do cuidado em saúde produzido no território.

Esta pesquisa teve por objetivo compreender os movimentos feitos por uma gestante em um território amazônico e fronteiriço na busca do cuidado. Assim, podendo fomentar reflexões e discussões sobre o fazer saúde nos territórios amazônicos. E com isso estimular o conhecimento das redes tecidas para fora dos muros dos serviços de saúde, podendo esta ser empregada para potencializar o cuidado uma vez que é compreendido que o usuário é protagonista do seu projeto terapêutico. Neste caminhar, afetamos e fomos afetados pelos encontros que tivemos, como é proposta do método. E as lições tidas nesta pesquisa podem se deslocar para várias áreas da vida, ao compreendermos que somos sujeitos em multiplicidade, e que nos conectamos com outros sujeitos, produzindo elos, ora fortes, ora frágeis. Que ora se desfazem, ora se refazem, conforme os significados e sentidos que são produzidos em nossos vários modos de viver.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. *et al.* “Os encontros em produção”. In MERHY, E.E. *et al.*(orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes:** textos reunidos. 1ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016b. 448p.

ABRAHÃO, A.L. *et al.* “O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em Saúde. In: MERHY, E.E. *et al.*(orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes:** textos reunidos. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448p.

ALCALDE-RABANAL, J. E.; LAZO-GONZÁLEZ, O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. **Salud Pública de México**, v. 53, n. Suppl 2, p. s243–s254, 2011. Disponível em: <<http://repositoriodigital.academica.mx/jspui/handle/987654321/88778>>. Acesso em: Abril de 2018.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M. da; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOSO, B. R. G. de O.; VIERA, C. S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000–7, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>>. Acesso em: Abril de 2018.

ARAÚJO, L.U.A. A produção do cuidado no período gravídico-puerperal: experiências de mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde. 2015. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Centro de ciências da saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,

RN.

BRASIL, Ministério da Saúde **Cadernos Humaniza SUS - Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940**. Brasília, 1940.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 6.634, de 2 de Maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências**. Brasília, 1979.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000, Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira - Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br>>. Acesso em: Abril de 2018.

BRASIL, Ministério da Saude. **Resolução CNS 466/12. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos**.2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: Abril de 2018.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. **Portaria nº 125, de 21 de março de 2014**. Estabelece o conceito de cidades-gêmeas nacionais, os critérios adotados para essa definição e lista todas as cidades brasileiras por estado que se enquadram nesta condição. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**, 2016a. . Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: Abril de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - Consulta Estabelecimento** Brasília, 2016b. . Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: Abril de 2018.

CÁRDENAS, W. I. L.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, p. 1–16, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: Abril de 2018.

CARVALHO, M.R.R. **Minha filha devolveu minha vida”: uma cartografia da rede Cegonha com interface com a rede de atenção psicossocial**. 2016. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. de S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

DELEUZE, G. e GUATARRI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995, p.21.

FERNANDES, B.M. Sobre a tipologia de territórios. In: *Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos*. p 197-215. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

FERREIRA, T.P.S., COSTA, C.T. Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro**. V.1. p. 269-281. 2017.

FLEURY, S. Espanha: saúde é direito humano ou direito de cidadania? **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (CEEF)**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <https://cee.fiocruz.br/?q=Espanha-saude-e-direito-humano-ou-direito-de-cidadania>, Acesso em Fevereiro de 2019.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), *Gestão em Redes*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

GADELHA, C.A.; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, p. S214-S226, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Maio de 2018.

GALLO, L. F.; GUERRERO, A.; LOZANO, A. C.; RUEDA, J. M. **Análisis regional del Departamento del Amazonas**. 2013. Disponível em <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Qg3xIxImXoJ:https://revistas.uextornado.edu.co/index.php/proyecta/article/download>>. Acesso em: Abril de 2018.

GAVA, G. B. O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana. 2016. **Dissertação** (Mestrado). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

GILAT PERU. Isla Santa Rosa Amazonas. Disponível em: <<http://www.integracionamazonica.pe/isla-santa-rosa-amazonas>>. Acesso em: Maio 2018.

GIOVANELLA, Lígia. Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do Mercosul (sumário executivo). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

HADAD, A.C.A.C.; JORGE, A.O.; MELO, E.M. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. **Rev Med Minas Gerais**. 2016; 26 (Supl 8): S107-S111 Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/57/2017/06/26_S8_Nucleo_de_Saude_e_Paz-29-06-2017.pdf#page=107>. Acesso em: Maio de 2018.

HAESBAERT, R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. Porto Alegre, 2004. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: Abril de 2018.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. v. 28

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1915-1928, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Julho de 2018.

LETICIA, Alcaldía de Leticia. **Población 2008a**. Disponível em: <<http://www.leticia-amazonas.gov.co/indicadores/poblacion-2008>>. Acesso em:Abril de 2018.

LETICIA, Alcaldía de Letícia. **Salud 2008b**. Disponível em: <<http://www.leticia-amazonas.gov.co/indicadores/salud-2008>>. Acesso em: Abril de 2018.

LEVINO, A. Caracterização geográfica, Epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru. 2010. **Tese** (doutorado em saúde pública). Centro de pesquisa aggeu magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. De. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 5, p. 490–500, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22262277>>. Acesso em: Maio de 2018.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005.

MEDEIROS, P. F. De; GUARESCHI, N. M. D. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, p. 31–48, 2009.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E.E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. **IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/ Saúde da Família**. 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf>. Acesso em: Abril de 2018.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. (Orgs). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176p.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C.; SILVA, E; SANTOS, M.F.L.; CRUZ K.T.; FRANCO, T.B... Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E.E... [et.al.] (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o intuito nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p.31-42.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E.; SILVA, E. “O Usuário cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?”. In MERHY, E.E. *et al.*(orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes:** textos reunidos. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448p.

MOREIRA, L. A. L. Análise do discurso no Brasil: reflexões acerca de sua construção teórico-metodológica. **Revista Leitura**, v. 2, n. 50, p. 109–133, 2012.

NETO, E.T.S.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc. [online]**. 2008, vol.17, n.2, pp.107-119. ISSN 0104-1290.

OLIVEIRA, R.C.M. (ENTRE)LINHAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. 2014. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, vol. 2, nº 4, 20. Disponível em: <<http://revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>>. Acesso em: Abril 2018.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948.

ORLANDI, Eni P. Análise de discurso Princípios e procedimentos. 9ed. São Paulo, Campinas: Pontes Editores, 2010.

ORLANDI, Eni P. Discurso e Texto: Formulação e Circulação dos Sentidos. 3ed. São Paulo, Campinas: Pontes Editores, 2008.

PEITER, Paulo César, *et al.* Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, dic. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001200014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: Maio 2018.

PEITER, Paulo César. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, 23: 237-250. Rio de Janeiro, 2007.

PEITER, Paulo César. Doenças transmissíveis na Faixa de Fronteira Amazônica: o caso da malária. 2005. Disponível em: <<http://www.hlog.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/24.pdf>>. Acesso em: Maio de 2018.

PNDU, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, 2013.

PNDU, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2015**. Brasília: PNUD, 2015. Disponível em: <<http://hdr.undp.org>>. Acesso em 02 Mai. 2018.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 103–108, 2014. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br>>. Acesso em: Maio de 2018.

RIO DE JANEIRO, Governo. Secretaria de saúde. 2013. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/atencao-basica/areas-tecnicas/saude-da-mulher-crianca-adolescente-e-aleitamento-materno/2013/03/rede-cegonha>>. Acesso em: Junho de 2018.

RÍO, José M.V.D.; CARDIA, L.M. Etnografia das fronteiras políticas e sociais na Amazônia ocidental: Brasil, Peru e Bolívia". **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Vol. XIII, núm. 292, 1 de Jun. de 2009. Disponível em <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-292.htm>> Acesso em: Abril de 2018.

RODRIGUES, A.L. Fronteira e território: considerações conceituais para a compreensão da dinâmica do espaço geográfico. 2015. **Revista produção acadêmica – núcleo de estudos urbanos regionais e agrários/ nurba** – N. 2, p. 139-157.

SCHWEICKARDT J.C.; HEUFEMANN, N.E.C.; LIMA, R.T. de Sousa; FARIAS L.N.; MORAES, T.L.M. A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: MERHY, E.E. et al.(orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes: textos reunidos. 1ed. Livro 2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 440p.

SCHWEICKARDT, J.C.; LIMA, R.T.S.; SIMÕES, A.L.; FREITAS, C.M.; ALVES, V.P. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; CAMPOS, J.D.P.; CULAU, F.S.; WOTTRICH, L.A.F.; KESSLER, L.L. In-formes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde). V. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SCHWEICKARDT, J.C.[et al.] (Orgs). Educação e práticas de saúde na Amazônia tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 316p.

SOUZA, M. H. do N.; TYRRELL, M. A. R. Políticas de Salud a la mujer en Brasil, 1974-2004. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 19, n. 1, p. 70–76, 2011.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Censur, 2014.

SUÁREZ-MUTIS, M. C.; MORA, C. M.; PÉREZ, L. del P.; PEITER, P. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. **Mundo Amazonico**, v. 1, p. 243–266, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.unal.edu.co>>. Acesso em: Maio de 2018.

TABATINGA PORTAL. Website. 2018. Disponível em: <http://www.portaltabatinga.com.br/?page_id=7>. Acesso em: Maio de 2018.

WHO, World Health Organization. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Genebra: WHO, 2016.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3981–3986, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203981&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em Abril de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS E GESTORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Gestores e Profissionais de Saúde

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS”, sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Tobias de Sousa Lima, do laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – FIOCRUZ Amazônia, telefone: (92) 3621-2440, e-mail tobiasrodrigo@gmail.com que vai estudar a rede de saúde materno-infantil na tríplice fronteira do estado do Amazonas. Este projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa-CEP sob registro do CAAE 89682418.7.0000.0007.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Tem como objetivos específicos: Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira; Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga; Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil. A sua participação na pesquisa trará contribuições que podem subsidiar os debates acerca das políticas públicas e sua implementação no Amazonas, especialmente na região do Alto Solimões e na Tríplice Fronteira.

A participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo, pois não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações, os mesmos serão minimizados da seguinte forma: aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistado aos serviços especializados de saúde no município; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em serem rigorosos nos tratamentos dos dados que serão arquivados na instituição responsável. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para a reparação à dano causado pela pesquisa à sua pessoa.

A sua participação é voluntária e será através de entrevista, que incluirá respostas a perguntas sobre a sua experiência nos serviços de saúde. A sua fala será gravada, por meio de um gravador digital, mediante sua autorização ao fim deste documento, ficando garantido o sigilo desses áudios, que somente serão utilizados para auxiliar o pesquisador na análise das informações. As entrevistas podem acontecer em mais de um encontro e terão duração média de uma hora.

Mesmo depois de consentir em sua participação, o (a) Sr (a) poderá desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou após a coleta de dados, independente do motivo e sem

nenhum prejuízo à sua pessoa. Os resultados das pesquisas serão analisados e posteriormente publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, nº 476, bairro Adrianópolis, Manaus – AM, ou pelo telefone: 092-36212323.

Consentimento Pós-Informação:

Eu,

_____, fui informado (a) sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

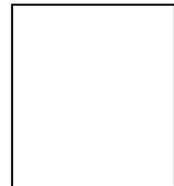
Local e data: _____

Assinatura do participante

Datiloscópica

Impressão

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador Responsável



APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Usuários do Sistema de Saúde

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS”, sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Tobias de Sousa Lima, do laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – FIOCRUZ Amazônia, telefone: (92) 3621-2440, e-mail tobiasrodrigo@gmail.com que vai estudar a rede de saúde materno-infantil na tríplice fronteira do estado do Amazonas. Este projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa-CEP sob registro do CAAE 89682418.7.0000.0007.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Tem como objetivos específicos: Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira; Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga; Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil. A sua participação na pesquisa trará contribuições que podem subsidiar os debates acerca das políticas públicas e sua implementação no Amazonas, especialmente na região do Alto Solimões e na Tríplice Fronteira.

A participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo, pois não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações, os mesmos serão minimizados da seguinte forma: aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistado aos serviços especializados de saúde no município; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em serem rigorosos nos tratamentos dos dados que serão arquivados na instituição responsável. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa. Está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para a reparação à dano causado pela pesquisa à sua pessoa.

A sua participação é voluntária e será através de entrevista, que incluirá respostas a perguntas sobre a sua experiência nos serviços de saúde. A sua fala será gravada, por meio de um gravador digital, mediante sua autorização ao fim deste documento, ficando garantido o sigilo desses áudios, que somente serão utilizados para auxiliar o pesquisador na análise das informações. As entrevistas podem acontecer em mais de um encontro e terão duração média de uma hora.

Mesmo depois de consentir em sua participação, o (a) Sr (a) poderá desistir de continuar participando, tendo o direito e a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou após a coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Os resultados das pesquisas serão analisados e posteriormente publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, nº 476, bairro Adrianópolis, Manaus – AM, ou pelo telefone: 092-36212323.

Consentimento Pós-Informação:

Eu,

_____, fui informado(a) sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Local e data: _____

Assinatura do participante
Datiloscópica

Impressão

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador Responsável



APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS – TCUD

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS - TCUD

Eu, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz- Amazônia) e responsável pelo projeto “ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos bancos de dados e prontuários da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, a fim de obtenção dos objetivos previstos. Este projeto foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa- CEP sob registro do CAAE 89682418.7.0000.0007.

A pesquisa tem como objetivo principal avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Tem como objetivos específicos: Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira; Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico; Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga; Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil. A sua participação na pesquisa trará contribuições que podem subsidiar os debates acerca das políticas públicas e sua implementação no Amazonas, especialmente na região do Alto Solimões e na Tríplice Fronteira.

Comprometo-me a manter a confidencialidade nos dados coletados nos bancos de dados e prontuários, que serão utilizados apenas para fins de produção científica, bem como com a privacidade de seus conteúdos, não sendo revelada a identidade dos sujeitos da pesquisa em nenhuma situação.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

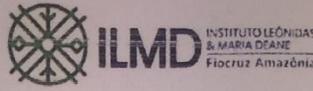
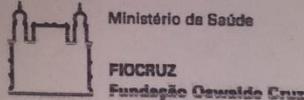
Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação ao sistema CEP/CONEP.

Local, data: _____

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador Responsável

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA DA MATERNIDADE CELINA VILLACREZ
RUIZ



TERMO DE ANUÊNCIA

À Direção da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz

Manaus, 26 de Abril de 2018.

ASSUNTO: Solicitação de autorização para realização de pesquisa referente à assistência materno-infantil em Tabatinga

Eu, **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILM D/Fiocruz Amazônia, solicito a autorização à esta instituição para realização de pesquisa, denominada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplce Fronteira do Amazonas”. A pesquisa será realizada no município de Tabatinga, com acesso as informações disponibilizadas nos prontuários, e no banco de dados da referida maternidade, referentes à assistência prestada às gestantes e recém-nascidos atendidos no período de 2014 a 2017. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores e com a população que utiliza a rede de saúde materno-infantil, afim de caracterizar a organização e dinâmica dos serviços. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplce Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Pretende-se realizar a pesquisa no período de julho de 2018 até julho de 2019, mediante aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa.

Diante do exposto, nos comprometemos:

1. Respeitar toda a legislação brasileira referente à realização de pesquisas envolvendo seres humanos;
2. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer resultados;
3. Não expor os profissionais e a instituição envolvida na pesquisa ao constrangimento ou divulgação de dados pessoais;
4. Não utilizar fotografias, gravações ou filmagens para fins de divulgação indevida, senão a pesquisa.

Manaus Amazonas 26 de Abril de 2018.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Pesquisador responsável

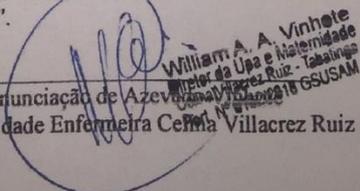
Eu, William Anunciação de Azevedo Vinhote

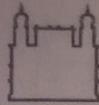
AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

A realização da pesquisa intitulada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplce Fronteira do Amazonas”.

William Anunciação de Azevedo Vinhote
Diretor da Maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz





Ministério da Saúde

FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz

ILMD
 INSTITUTO LEÔNIDAS
 & MARIA DEANE
 Fiocruz Amazônia

TERMO DE ANUÊNCIA

 Ao Secretário Municipal de Saúde
 Marlen Riglison Silva Ferreira

Manaus, 26 de Abril de 2018.

ASSUNTO: Solicitação de autorização para realização de pesquisa referente à assistência materno-infantil em Tabatinga

Eu, **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia, solicito a autorização à esta instituição para realização de pesquisa, denominada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”. A pesquisa será realizada no município de Tabatinga, com acesso às informações referentes à assistência ao pré-natal, parto e pós-parto disponibilizadas nos prontuários e nos sistemas utilizados pela Atenção Básica. Também serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, gestores e com a população que utiliza o Sistema Único de Saúde. O objetivo principal da pesquisa é avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru. Pretende-se realizar a pesquisa no período de julho de 2018 até julho de 2019, mediante aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa.

Diante do exposto, nos comprometemos:

1. Respeitar toda a legislação brasileira referente à realização de pesquisas envolvendo seres humanos;
2. Não utilizar a pesquisa para fins comerciais e não patentear quaisquer resultados;
3. Não expor os profissionais e a instituição envolvida na pesquisa ao constrangimento ou divulgação de dados pessoais;
4. Não utilizar fotografias, gravações ou filmagens para fins de divulgação indevida, senão a pesquisa.

Manaus, Amazonas 26 de Abril de 2018.

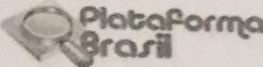
 Rodrigo Tobias de Sousa Lima
 Coordenador do Projeto

 Eu, MARLEN RIGLISON SILVA FERREIRA
 AUTORIZO
 NÃO AUTORIZO

A realização da pesquisa intitulada “Análise da Rede de Saúde Materno-Infantil na Tríplice Fronteira do Amazonas”.

 Marlen Riglison Silva Ferreira
 Secretário Municipal de Saúde

ANEXOS**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE - FHAJ		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: ANÁLISE DA REDE DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA TRÍPLICE FRONTEIRA DO AMAZONAS		
Pesquisador: RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 89682418.7.0000.0007		
Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.763.838		
Apresentação do Projeto:		
Está em conformidade com a NORMA OPERACIONAL 001/2013 do CNS		
Objetivo da Pesquisa:		
a. Principal - Avaliar a rede de saúde materno-infantil no contexto da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru		
b. Secundários –		
• Caracterizar a organização dos serviços e o perfil dos usuários que utilizam a rede de atenção à saúde materna e infantil na região de fronteira;		
• Avaliar o desempenho dos componentes que compõe a rede de saúde materno-infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico;		
• Analisar as boas práticas de parto e nascimento realizadas na maternidade do município de Tabatinga;		
• Compreender as redes vivas dos usuários na relação com a produção do cuidado e acesso à rede de saúde materno-infantil.		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
a. Riscos - a participação nesta pesquisa é considerada de risco mínimo, pois não propõe nenhum tipo de intervenção de tipo biológico e cultural. Havendo risco do tipo psicológico, constrangimento e perda de sigilo das informações, os mesmos serão minimizados da seguinte		
Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778		
Bairro: Cachoeirinha	CEP: 69.065-001	
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3612-2428	E-mail: cep@fhaj.am.gov.br	

Continuação do Parecer: 2.763.838

forma conforme descrito no projeto: "aos danos psicológicos ou constrangimentos, os pesquisadores assumem a responsabilidade de encaminhar os sujeitos entrevistado aos serviços especializados de saúde no município; para evitar a perda de sigilo de informação os pesquisadores se comprometem em serem rigorosos nos tratamentos dos dados que serão arquivados na instituição responsável."

b. Benefícios – o benefício é social. Os resultados favorecerão: a) recondução de processos e procedimentos acerca do funcionamento da rede de atenção; b) proposição de protocolos internacionais de cooperação no uso racional dos sistemas de saúde universais entre Brasil, Colômbia e Peru; c) fornecimento de dados para a melhoria das condições sociais e de saúde de crianças e mulheres em regiões de grande vulnerabilidade social que, por conseguinte, impactará positivamente nos indicadores de vida e de saúde daquela população

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O acesso à saúde nas regiões de fronteira é uma temática que vem se destacando ao longo dos últimos anos, motivado especialmente pelo novo contexto de intensificação das interações transfronteiriças e da nova ordem econômica internacional.

Em 2003 deu-se início ao Projeto de Desenvolvimento Regional do Amazonas para o Zona Franca Verde – PRODERAM, desenvolvido pelo governo do estado do Amazonas com apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD, que objetivava executar políticas regionais integradas nas áreas de desenvolvimento sustentável, saneamento e saúde.

O Projeto fortaleceu as ações de melhoria de qualidade de acesso à saúde assim como fortaleceu o apoio financeiro aos municípios. Unidades hospitalares foram abertas nos municípios do Alto Solimões com exceção de Tabatinga onde por existir um serviço hospitalar das forças armadas, estabeleceu-se um Convênio para o atendimento médico-hospitalar.

Até o momento da criação do Mercado Comum dos Países do Cone Sul (MERCOSUL), em 1991, o Brasil não dispunha de uma política pública dedicada especialmente à fronteira, que considerasse as singularidades e a diversidade das populações fronteiriças. Com o processo de integração econômica, evidenciou-se a necessidade de encarar o problema da utilização de serviços locais de saúde pelos cidadãos da fronteira, não só pela demanda de estrangeiros, mas também pelos brasileiros residentes no outro lado da fronteira, exigindo políticas específicas direcionadas à garantia desse direito nas regiões fronteiriças. Com efeito, o governo brasileiro se sensibilizou a melhor compreender as necessidades e problemas de saúde nas áreas fronteiriças e emvidou esforços para uma ação articulada, efetiva e sustentável, com a criação do projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS-Fronteiras, instituído pela Portaria GM/ MS n. 1.120, de 6

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

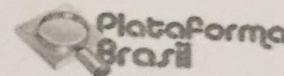
CEP: 69.065-001

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3612-2428

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

**FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ**

Continuação do Parecer: 2.763.838

de julho de 2005. A intenção originária do SIS-Fronteiras era ampliar a capacidade operacional de 121 municípios fronteiriços localizados até 10 km da linha da fronteira, isto é, da linha divisória terrestre do território nacional, que atraem fluxos regulares de pacientes oriundos do país vizinho, através de um sistema de compensação financeira, uma vez que essa população itinerante não era contabilizada para fins de repasse financeiro do governo federal.

Esse sistema destinado a integrar as ações e serviços de saúde nas regiões de fronteira, constava com os seguintes objetivos: I - contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas locais de saúde; II - verificar as demandas e a capacidade instalada; III - identificar os fluxos de assistência; IV - analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial; V - documentar os gastos com assistência aos cidadãos; e VI - integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros. Contudo, em 5 de junho de 2006, houve uma reviravolta normativa com o advento das Portarias GM/MS n.º 1.188 e 1.189 (BRASIL, 2006), que revogaram parcialmente as Portarias GM/MS n.º 1.120/05 e 1.122/05 (BRASIL, 2005) ao estabelecer nova redação para os objetivos, as etapas, os prazos e os mecanismos de repasse de recursos financeiros para a implantação do projeto.

Como já exposto os municípios do Alto Solimões possuem unidades mistas, unidades hospitalares. Somente Tabatinga não possuía em função da presença das forças armadas na fronteira que garantia um atendimento emergencial e eletivo com restrições no Hospital de Guarnição. Diante disso e dos inúmeros entraves que ocorriam dentro do processo de Convênio pré-estabelecido entre o exército e o governo do estado do AM, elaborou-se a proposta de construção de uma unidade mista para Tabatinga.

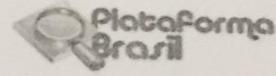
Por volta de 2011, com o advento das redes de atenção a saúde, pensou-se na elaboração de uma proposta ao MS que desse sustentabilidade a partir de financiamento federal, para uma unidade assistencial de saúde. Sendo assim, converteu-se a proposta de uma Unidade Mista em Unidade de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência e, uma Maternidade garantindo assim credenciamento e habilitação dentro da RUE e da Cegonha.

A pesquisa vem de encontro à necessidade de avaliação das medidas tomadas pelo governo do estado do Amazonas para garantir o acesso dos usuários brasileiros e estrangeiros, aos serviços de saúde considerando inclusive, o vasto número de indígenas da região.

Diante do exposto considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas a seguir: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM, SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778**Bairro:** Cachoeirinha**CEP:** 69.065-001**UF:** AM**Município:** MANAUS**Telefone:** (92)3612-2428**E-mail:** cep@fhaj.am.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer: 2.763.838

Amazônia Legal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM (Projeto estabelecido com repasse de recursos financeiros entre o Governo do Estado do Amazonas e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considero importante para entendimento do Pesquisador sobre o histórico das políticas de saúde para a região de fronteira, dos temas: Projeto QualiSUS – Rede onde constam as informações do PRODERAM (Projeto estabelecido com repasse de recursos financeiros entre o Governo do Estado do Amazonas e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), SIS Fronteira, Plano estadual da Rede Cegonha do Amazonas e o Plano de Qualificação da Atenção de Maternidades e Rede Perinatal no Nordeste e Amazônia Legal.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1123325.pdf	08/05/2018 17:12:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP_.docx	08/05/2018 16:01:22	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDF_AnuenciaSecretaria.pdf	08/05/2018 15:59:54	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDF_AnuenciaMaternidade.pdf	08/05/2018 15:59:11	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	TCUD_dados.pdf	08/05/2018 15:58:36	Camila Soares Teixeira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/05/2018 15:58:04	Camila Soares Teixeira	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

UF: AM

Telefone: (92)3612-2428

CEP: 69.065-001

Município: MANAUS

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br

FUNDAÇÃO HOSPITAL
ADRIANO JORGE - FHAJ



Continuação do Parecer: 2.763.838

Cronograma	cronograma_de_pesquisa.pdf	08/05/2018 15:57:52	Camila Soares Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	PDF_FolhadeRosto.pdf	08/05/2018 15:11:57	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculo_Julio.pdf	08/05/2018 14:13:59	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculo_Camila.pdf	08/05/2018 14:12:00	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Curriculoa_Rodrigo.pdf	08/05/2018 14:11:03	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	Lattes_Milene.pdf	02/05/2018 22:27:17	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	PDFquestionario_quantitativo.pdf	02/05/2018 22:23:48	Camila Soares Teixeira	Aceito
Outros	pdfroteirodeentrevista.pdf	02/05/2018 21:51:39	Camila Soares Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PDFTCLE_gestao.pdf	02/05/2018 21:51:03	Camila Soares Teixeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PDFTCLE_usuario.pdf	02/05/2018 21:50:36	Camila Soares Teixeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 10 de Julho de 2018

Assinado por:

Rosiane Pinheiro Palheta
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1778

Bairro: Cachoeirinha

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.065-001

Telefone: (92)3612-2428

E-mail: cep@fhaj.am.gov.br