



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
FioCruz Amazônia

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

**CLÁUDIO PONTES FERREIRA**

**ANÁLISE DE CUSTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL: ESTUDO**  
**DE CASO DO MUNICÍPIO DE TEFÉ, AMAZONAS**

Manaus - AM

2021



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD  
INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

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

**CLÁUDIO PONTES FERREIRA**

**ANÁLISE DE CUSTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL: ESTUDO**  
**DE CASO DO MUNICÍPIO DE TEFÉ, AMAZONAS**

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. Rodrigo Tobias de Sousa Lima**

**Manaus - AM**

**2021**

## FICHA CATALOGRÁFICA

F383a

Ferreira, Cláudio Pontes

Análise de custo de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial:  
Estudo de caso do município de Tefé, Amazonas. / Cláudio Pontes  
Ferreira. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

85 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de  
Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima.

1. Atenção primária à saúde    2. Acesso aos serviços de saúde  
3. Unidade Básica de Saúde Fluvial - Gestão    I. Título

CDU 614.39 (811.3Tefé) (043.3)

CDD 614.098113

22. ed.

**Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 N° 287**

**CLÁUDIO PONTES FERREIRA**

**ANÁLISE DE CUSTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL: ESTUDO  
DE CASO DO MUNICÍPIO DE TEFÉ, AMAZONAS**

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.

**Aprovada em:** 30 de junho de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

Profº. Dr. RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA - Orientador  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Profº. Dr. JULIO CÉSAR SCHWEICKARDT- Membro Interno  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Profº. Dr. EVERTON NUNES DA SILVA - Membro Externo  
Universidade de Brasília – UNB

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade! A Ele que sempre ilumina o meu caminho e abençoa os meus projetos.

À Danielle Souza de Araújo Pontes, minha esposa, incansável companheira, que sempre me dá forças e esteve presente em todos os momentos, ouvindo-me, lendo meus trabalhos e contribuindo nessa minha caminhada do mestrado. A ela minha admiração, em especial por todo o amor e zelo dedicados aos nossos maiores bens, João Pedro de Araújo Pontes e Lucca Cardoso Araújo Pontes, nossos filhos.

A toda minha família, em especial minha mãe, Maria da Penha Pontes Filha, por ter papel importante na minha vida. Aos meus irmãos, Claudson Pontes e Silva e Claudia Gianini Pontes e Silva. Ao Diego e Dayanne, meus cunhados.

À minha querida sogra, Maria Eugenia Souza de Araújo (in memoriam), que infelizmente não pode estar presente neste momento importante da minha vida e que tanto orava por mim e foi inspiração, pelo seu exemplo de amor à família, aos filhos, aos netos, ao próximo e por sua demonstração de fé em Deus.

Aos amigos de trabalho, de infância, amigos de São Gabriel da Cachoeira. A um amigo em especial, Daniel de Sales Barroso (in memoriam) que sempre torceu por mim, e tinha planos de cursar esse mesmo programa de mestrado.

Aos meus colegas do mestrado, profissionais de diversas formações, com quem aprendi muito e trouxeram alegria nesta jornada.

Ao Instituto Leônidas e Maria Deane e todos os profissionais técnicos. Aos professores do programa, que tanto nos ensinaram e compartilharam dos seus conhecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – ILMDF/IOCROUZ, aos colegas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA e à Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas – FAPEAM, por possibilitarem minha formação.

## **EPIGRAFE**

*Bem-aventurado o homem que põe no Senhor a  
sua confiança.*

Salmos 40:4

## RESUMO

A Política Nacional da Atenção Básica trouxe novos arranjos organizacionais, como a Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Estratégia Saúde da Família Fluvial (eSFF) e Unidade Básica de Saúde – Fluvial (UBSF), reconfigurando o novo modelo de atenção à saúde. Essa organização de serviços produziu custos ainda não contabilizados. O objetivo do estudo foi realizar uma análise do custo da Unidade Básica de Saúde Fluvial. Tratou-se de um estudo de caso de natureza descritiva, do tipo quantitativo, através de uma análise de custos (AC), utilizando métodos da Economia da Saúde, essa que cada vez mais está sendo utilizada por gestores interessados em mensurar os custos com relações aos serviços desenvolvidos. O estudo foi na UBS Fluvial Vila de Ega, do município de Tefé-AM, no espaço de junho de 2018 a março de 2019. O estudo estratificou os valores por viagem, objeto relevante para tomada de decisão dos gestores municipais que estão cada vez mais preocupados com as limitações orçamentárias. Entre os resultados foi possível constatar que as viagens da UBSF geraram um custo total de R\$ 761.705,87 (setecentos e sessenta e um mil, setecentos e cinco reais e oitenta e sete centavos), durante o período analisado, com custo médio mensal de R\$ 84.633,99 (oitenta e quatro mil, seiscentos e trinta e três reais e noventa e nove centavos). Os maiores custos foram relacionados com recursos humanos (64,62%), insumos para as ações de saúde (17,72%), combustível (12,11%) e os demais totalizaram (5,54%). Portanto, o estudo apresentou os custos da UBS Fluvial, bem como a indicação de que os repasses federais representam montante significativo de recursos que apoiam os municípios amazônicos na realização da atenção básica ribeirinha. Em que pese o fato desses repasses terem sido suficientes para prestação dos serviços de saúde propostos no município de Tefé, é incontestável a necessidade de avançar em trabalhos de análises econômicas em saúde no contexto amazônico, a fim de construir uma base de conhecimento, que servirá para fomentar as atuais ou novas políticas públicas, para inclusão das populações ribeirinhas, que continuam invisíveis a muitos programas, ações e decisões tomadas pelos governos.

**Palavras-chave:** Análise de custo, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde; Território Líquido.

## ABSTRACT

The National Primary Care Policy brought new organizational arrangements, such as the Riverside Family Health Strategy (eSFR), Fluvial Family Health Strategy (eSFF) and the Fluvial Basic Health Unit (UBSF), reconfiguring the new health care model. This service organization produced costs not yet accounted for. The aim of the study was to carry out an analysis of the cost of the Basic Fluvial Health Unit. It was a case study of a descriptive nature, of the quantitative type, through a cost analysis (CA), using methods of Health Economics, which is increasingly being used by managers interested in measuring the costs with relationships to the services developed. The study was at UBS Fluvial Vila de Ega, in the municipality of Tefé-AM, from June 2018 to March 2019. The study stratified the values per trip, a relevant object for decision-making by municipal managers who are increasingly concerned about budget constraints. Among the results, it was found that the UBSF trips generated a total cost of BRL 761,705.87 (seven hundred and sixty-one thousand, seven hundred and five reais and eighty-seven cents), during the period analyzed, with an average monthly cost of R\$ 84,633.99 (eighty-four thousand, six hundred and thirty-three reais and ninety-nine cents). The highest costs were related to human resources (64.62%), inputs for health actions (17.72%), fuel (12.11%) and the others totaled (5.54%). Therefore, the study presented the costs of the Fluvial UBS, as well as an indication that federal transfers represent a significant amount of resources that support Amazonian municipalities in carrying out primary care along the river. Despite the fact that these transfers were sufficient to provide the health services proposed in the municipality of Tefé, there is no doubt that there is a need to advance in economic analysis work on health in the Amazon context, in order to build a knowledge base that will serve to promote current or new public policies, for the inclusion of riverside populations, who remain invisible to many programs, actions and decisions taken by governments.

Key Words: Cost analysis, Primary Health Care, Access to Health Services; Net Territory.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|             |                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| AB          | Atenção Básica                                                  |
| ABrES       | Associação Brasileira de Economia da Saúde                      |
| AC          | Análise de custos                                               |
| ACS         | Agente Comunitário de Saúde                                     |
| APS         | Atenção Primária à Saúde                                        |
| APS         | Atenção Primária à Saúde                                        |
| CEP         | Comitê de Ética e Pesquisa                                      |
| CNES        | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                  |
| CNS         | Conselho Nacional de Saúde                                      |
| CONEP       | Comissão Nacional de Ética em Pesquisa                          |
| DATASUS     | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde           |
| eESFF       | Equipes de Saúde da Família Fluviais                            |
| eSFR        | Estratégia Saúde da Família Ribeirinha                          |
| e-SUS       | Sistema e-SUS Atenção Básica                                    |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                 |
| LAHPSA      | Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia |
| MS          | Ministério da Saúde                                             |
| OMS         | Organização Mundial de Saúde                                    |
| ONU         | Organização das Nações Unidas                                   |
| OPAS        | Organização Pan-Americana de Saúde                              |
| PMAQ        | Programa de Acesso de Melhoria da Qualidade                     |
| PMM         | Programa Mais Médicos                                           |
| PMS         | Plano Municipal de Saúde                                        |
| PNAB        | Política Nacional da Atenção Básica                             |
| RAS         | Rede de Atenção à Saúde                                         |
| REQUALIFICA | Programa de requalificação de UBS                               |
| SIA/SUA     | Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS                     |
| SISAB       | Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica              |
| SUS         | Sistema Único de Saúde                                          |
| UBS         | Unidade Básica de Saúde                                         |
| UBSF        | Unidade Básica de Saúde Fluvial                                 |

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelas 1 – Profissionais que poderão se agregar à composição mínima das eSFR / eSFF ...                                       | 25 |
| Tabela 2 – Valores disponibilizados por ponto Logísticos e Unidade de Apoio .....                                              | 26 |
| Tabela 3 – Quantidade de UBSF distribuída por Estado entre 2012 a 2019 (unidades em construção e já concluídas) .....          | 26 |
| Tabela 4 - Quantidade de UBSF do Amazonas que estão recebendo custeio para ações. Competência Financeira janeiro de 2021 ..... | 27 |
| Tabela 5 - Quanto à classificação dos custos .....                                                                             | 41 |

## **LISTA DE FIGURAS**

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1- Representação gráfica dos custos fixos e variáveis ..... | 40 |
|--------------------------------------------------------------------|----|

## Sumário

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                                | <b>13</b> |
| <b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>                                             | <b>19</b> |
| <b>3. OBJETIVOS .....</b>                                                 | <b>21</b> |
| <b>3.1 Objetivos Gerais .....</b>                                         | <b>21</b> |
| <b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>                                     | <b>21</b> |
| <b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                      | <b>22</b> |
| <b>4.1 Atenção Primária em Saúde / UBS Fluvial .....</b>                  | <b>22</b> |
| <b>4.2 Territórios na Amazônia.....</b>                                   | <b>28</b> |
| <b>4.3 Economia em Saúde .....</b>                                        | <b>32</b> |
| <b>5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....</b>                                  | <b>37</b> |
| <b>5.1 Tipo de Pesquisa .....</b>                                         | <b>37</b> |
| <b>5.3 Local de realização da pesquisa e população de interesse .....</b> | <b>40</b> |
| <b>5.4 Plano de Coleta de dados .....</b>                                 | <b>41</b> |
| <b>5.5 Aspectos éticos e legais da Pesquisa .....</b>                     | <b>41</b> |
| <b>6. RESULTADOS .....</b>                                                | <b>42</b> |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO .....</b>                       | <b>60</b> |
| <b>8. REFERÊNCIAS GERAIS (DA DISSERTAÇÃO) .....</b>                       | <b>62</b> |
| <b>APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do comitê de ética .....</b>      | <b>69</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

No contexto amazônico, muito tem se avançado nos estudos de acesso, organização e produção do cuidado na atenção primária de saúde. E referidos temas são bastante explorados por (SCHWEICKARDT *et al*, 2019). Entretanto, há de se explorar caminhos de pesquisas que fomentam a tomada de decisão do gestor em saúde. O escopo de análise pertencente à economia da saúde pode agregar um conjunto de conhecimentos que produza a otimização de recursos e melhoria da qualidade da oferta de serviços básicos, a partir do modelo tecnoassistencial das Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF), que são uma realidade da atenção básica amazônica.

A Atenção Primária de Saúde na Amazônia é uma estratégia importante, pois garante o acesso de saúde para populações mais vulneráveis, visto que os municípios das cidades interioranas dependem 100% do Sistema Único de Saúde. A Atenção Primária Saúde foi idealizada para formar a base e reordenar o trabalho, promovendo a organização e a racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Podemos dizer que existe consenso sobre a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) através das equipes de estratégia saúde da família - eSF, na melhora dos indicadores de saúde (BEATTO NUNES *et al*, 2021). Compreendemos que o aumento das equipes de atenção primária proporciona uma melhor territorialização, onde os serviços ofertados terão qualidade em função de uma melhor distribuição da população dentro do território.

Giovanella (2003) descreve que sempre nos deparamos com descrições sobre a atenção básica como ordenadora do cuidado, caracterizada pela longitudinalidade e integralidade da atenção. Em sintonia com essa abordagem, temos (MADUREIRA, 1989 e STARFIELD, 2002) que descrevem que a APS tem capacidade para resolver grande parte dos problemas de saúde dentro de seu território. A partir do entendimento de que a atenção básica é resolutiva, os gestores de saúde buscam cada vez mais implantar novas equipes de saúde da família.

Dentre várias políticas instituídas para organizar um sistema fragmentado, foram criadas as Redes de Atenção à saúde. Neste aspecto, “para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde” (MENDES, 2015, p.20). Novamente temos a

APS evidenciada como protagonista neste processo e isto acontece dada importância e resolutividade que tem nos serviços de saúde, estando presente em grande parte do território.

Entre 2011 a 2013, tivemos avanços na atenção primária, a partir das iniciativas tomadas pelo Ministério da Saúde, como programa de requalificação de UBS – REQUALIFICA UBS, Programa de Acesso de Melhoria da Qualidade - PMAQ e em 2013, o programa Mais Médicos. Ademais, a presença do profissional médico aumenta a procura pela unidade básica, além de contribuir com o trabalho dos demais profissionais (SCHWEICKARDT et al, 2016). Devemos considerar que, a equipe multiprofissional completa, facilita ao morador adstrito o acesso, com aumento da oferta de serviços próximos ao local de moradia.

Lima *et al.*, (2016) afirma que a atenção básica tem sido a ordenadora do acesso aos serviços de saúde, juntamente com o Programa Mais Médicos (PMM), os quais foram propostos com a missão de ampliar a cobertura populacional e de reorientar as práticas de saúde. Destaca-se o acordo de cooperação técnica, resultado de uma parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba, que ampliou o acesso da população brasileira à atenção básica, principalmente em áreas remotas que tinham dificuldades de contratar profissionais médicos.

No âmbito da Amazônia, consideramos que uma terminologia adequada para compreender a especificidade da região seria a de “território líquido”. Trata-se de uma expressão que traduz uma particularidade da Amazônia, no sentido de que é necessário considerar os lagos, os igarapés e outros ecossistemas, além das margens dos rios, onde os povos habitam, e por sua vez, também devem ser considerados como ribeirinhos (LIMA et al, 2016). Mas esses territórios trazem novos desafios e custos: o vai e vem das águas, seca e vazante, interfere no acesso aos serviços de saúde.

Somente com a reformulação da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB em 2011, é que surgiram novos arranjos organizacionais, como Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Estratégia Saúde da Família Fluvial (eSFF). A primeira estratégia está vinculada a uma unidade básica de saúde fixa e a maioria das unidades está localizada na sede do município, pelo que a equipe precisa se deslocar em motores de náuticos, descritos como motores de popa, até as comunidades, para realizar os atendimentos. A segunda estratégia atua dentro da unidade básica de saúde fluvial, levando toda a estrutura de uma unidade de saúde de atendimento fixa até a comunidade.

Segundo El Kadri et al (2019, p. 11), esse novo arranjo melhora a atenção primária, uma vez que:

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais, de fato, apresentam um modelo tecnoassistencial que cria a real possibilidade de inclusão das populações que historicamente ficaram excluídas da atenção à saúde. O modelo pode contribuir com a superação das iniquidades regionais na construção de um SUS capaz de reduzir vulnerabilidades social e sanitária.

As Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) são embarcações que comportam Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF). As Unidades são providas com a ambiência, mobiliário e equipamentos necessários para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. Elas buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A equipe que atua na embarcação (UBSF) é composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório. Para garantir a maior qualidade do cuidado e resolutividade, considerando a especificidade territorial da população ribeirinha que a torna singular, o município pode solicitar a ampliação da equipe com outros profissionais. Além disso, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico (unidade de apoio/satélites e embarcações de pequeno porte para transporte exclusivo de profissionais da equipe) (BRASIL 2017).

Com essa nova conformação de eSFR/eSFF, um estudo com oito municípios do estado do Amazonas demonstrou um aumento na cobertura da atenção básica, dados citados por (LIMA et al, 2021). Ainda segundo a pesquisa, a implantação proporcionou ampliação de ofertas dos serviços e da resolutividade das ações, pelo que ainda podemos citar os trabalhos de promoção e prevenção que serão desenvolvidos pelos profissionais.

Com a criação das eSFR e eSFF, posteriormente com construção e funcionamento das UBSF, uma grande parcela de populações, antes sem assistência *in loco*, passaram a ser assistidas pelas unidades fluviais. Esse território único, com modos de vida específicos e marcados pela dinâmica das águas, começou a receber as equipes multiprofissionais, levando assistência até sua porta. Então, começaram a surgir os questionamentos sobre a factibilidade desses novos modelos, considerando as especificidades da região.

Rocha (2009) chama atenção para o fato de que o custo para fazer saúde está se tornando cada vez mais elevado e os recursos são finitos frente às necessidades crescentes das populações. Isso faz com que o gestor tenha a necessidade de conhecer mais sobre a formação dos custos, a fim de possibilitar uma tomada de decisão eficiente. Uma particularidade para esse assunto é a necessidade cada vez maior dos gestores estarem preparados para o exercício de sua função (JERICO, 2008). Por conseguinte, os gestores municipais estão cada vez mais sendo demandados em fazer gestão, ou seja, utilizando uma programação anual de saúde fundamentada nos indicadores de saúde e o orçamento disponível para execução das ações.

No Brasil, especificamente no Amazonas, estamos distantes de explorar, em sua plenitude, todos os recursos que a Economia oferece como ferramenta de gestão para auxílio das tomadas de decisões. Podemos descrever que a economia da saúde tem como objetivo analisar a otimização das ações de saúde, mediante estudo de condições de distribuições de recursos disponíveis, com vista a assegurar à população a melhor assistência (BRASIL, 2007).

O crescimento dos gastos públicos na saúde, relacionado aos problemas de financiamento, intensificaram a necessidade de conhecer os custos dos programas existentes e com os que eventualmente venham a surgir. Tal conhecimento é essencial para a tomada de decisões. Na região norte temos uma realidade presente, a saber, o Custo Amazônico, que precisa ser levado em consideração, pois cria distorções do sistema ao mesmo tempo em que traz à tona o debate sobre as especificidades territoriais (BOGÉA, 2015). É necessário reconhecer a existência do custo amazônico em todas as políticas públicas, pois somente desta maneira é possível corrigir desigualdades com relação ao financiamento dos programas de saúde.

Para Drumond & Stoddart (1985), a visão dos economistas sobre a avaliação de custos dos programas de saúde não deve ser apenas aquela dos gastos realizados, mas a do potencial benefício que irão produzir para a sociedade. Portanto, é importante considerar que proporcionar acesso às áreas remotas da Amazônia tem um custo, mas esse dispêndio não pode ser entrave para a continuação das políticas já implantadas ou para propostas das novas políticas públicas.

Toda política necessita passar por um processo de avaliação, no sentido de demonstrar sua efetividade para que o gestor, caso necessário, reordene a execução das ações em serviços. Segundo (DESLANDES, 1997), o sucesso ou insucesso de determinado serviço ou programa está relacionado a determinados valores, ideologias, status, crenças de seus usuários, comunidade e agentes, pelo que não podemos esquecer-nos das evidências científicas. Dessa forma, os instrumentos de avaliação de custos podem auxiliar o aprimoramento dos processos de

planejamento, sendo uma ferramenta importante para analisar e estabelecer prioridades (CASTRO et al, 2010).

As primeiras portarias ministeriais que definiram os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) Estabeleceu para eSFR o mesmo incentivo de custeio das Equipes de Saúde da Família, ou seja, R\$10.695,00 (Dez mil e seiscentos noventa cinco reais) com ou sem profissionais de saúde bucal, classificadas como modalidade I, adicionado ao montante relativo ao custeio de transporte da equipe à comunidades ribeirinhas, dispersas na área adscrita no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) (BRASIL, 2011).

A mesma portaria define o custeio da UBSF, R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), sem profissionais de saúde bucal; e II - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), com profissionais de saúde bucal. Valores estes que foram considerados inferiores ao ideal por muitos gestores.

Esses parâmetros de valores adotados pelo Ministério da Saúde, pelo nosso conhecimento, não foram frutos de estudos ou de pesquisas, não há registros oficiais ou científicos para definição desses valores. Criou-se a política e a equipe técnica estipulou o custeio sem levar em consideração várias peculiaridades, como período de cheia e vazante, contratação de pilotos das embarcações, manutenção do transporte entre outros recursos utilizados no deslocamento da equipe.

Apesar de muitos gestores realizarem algum tipo de atendimento pontual nessas áreas ribeirinhas, com credenciamento das equipes, as gestões municipais passaram a ser submetidas à formalidades da lei, como por exemplo, estabelecendo viagens: Equipes de Saúde da Família Ribeirinha deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais e UBSF deve adotar circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas no mínimo de 20 dias, podendo ter um intervalo de até 60 (sessenta) dias para próxima viagem.

Neste estudo, realizamos uma análise de custo e não uma avaliação econômica, pois como se trata de um programa recente, não temos como fazer comparações entre uma unidade de saúde terrestre e uma fluvial. Como também seria difícil medir a efetividade do programa, os dados são digitados somente após finalização das viagens, já que poderiam gerar vários equívocos. Além do mais, haveria necessidade, nas primeiras viagens, de cadastrar toda essa população para se obter um perfil epidemiológico dos usuários.

Atualmente, os custeios podem ultrapassar R\$55.000,00 (cinquenta cinco mil reais) para eSFR e R\$130.000,00 (cento trinta mil reais) para UBSF, conforme (BRASIL, 2014). O Estado do Amazonas é considerado incipiente no credenciamento desses novos modelos assistenciais. Certamente, precisamos cada vez mais utilizar mecanismos da Economia da Saúde para explorar o funcionamento e financiamento no setor de saúde, para melhor distribuição dos recursos disponíveis, assegurando para a população o melhor estado de saúde possível.

Del Nero (2002, p. 19) define economia da saúde como:

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados.

Os estudos de avaliação econômica, como os de relação custo-efetividade, são adotados a fim de considerar o fator custo na tomada de decisão quanto aos custos e desfechos em saúde de novas tecnologias, uma vez que os recursos financeiros, assim como os demais (físicos e humanos), são escassos e finitos (MORAZ *et al.*, 2015). Posteriormente, esses tipos de estudos com esses elementos podem aprimorar as políticas públicas relacionadas às populações ribeirinhas, a saber, as políticas de saúde, aumentando a eficiência e a efetividade dos serviços e a qualidade do cuidado em saúde prestado.

No escrito elaborado por Contandriopoulos *et al.*, (1997), o conceito de avaliação consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Certamente o estudo sobre análise econômica no cenário amazônico, ajudará os secretários municipais de saúde com empoderamento para tomadas de decisões.

Por fim, é notório que a Unidade Básica de Saúde Fluvial é um projeto essencial para a garantia do acesso, de forma equânime e justa, para populações que historicamente estão invisíveis diante das políticas públicas de saúde nessa região. E, no contexto da oferta de serviços, de acordo com as necessidades de saúde dessa população, é possível que haja produção de saúde num território totalmente singular e repleto de dificuldades de acesso. E diante disso, a pergunta que orienta nosso estudo consiste em saber: “diante da notoriedade do modelo tecnoassistencial de saúde baseados nas UBSF’s como arranjo da Política Nacional da Atenção Básica para a região da Amazônia, quais os custos inerentes ao funcionamento e manutenção da unidade e equipe multidisciplinar, para a produção da saúde em áreas ribeirinhas de um município de grande vulnerabilidade social?”

O presente estudo foi realizado com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Amazonas – FAPEAM. Está inserido no projeto de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, intitulado “Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas”.

## 2. JUSTIFICATIVA

Estudos de análise de custo de programas e serviços na região norte é uma temática ainda pouco explorada pelos pesquisadores. Por se tratar de um tema relativamente novo, não temos literatura que aborda essa especificidade. A carência de dados acerca do custo de uma viagem da unidade básica de saúde fluvial, por exemplo, nunca foi descrito. Logo, dada à importância do tema, pois trata-se de financiamento para execução de ações na Amazônia, tem sido bastante discutido entre os gestores, principalmente nesses tempos em que os recursos da saúde têm sido contingenciados.

Para Silva *et al.* (2016), a literatura sobre avaliação econômica vem avançando há algumas décadas e passou a fazer parte do dia a dia dos gestores, os quais obtiveram maior capacidade para avaliar as limitações orçamentárias, os custos e os resultados dos serviços em saúde, possibilitando escolhas mais seguras. Existe uma grande necessidade de estudos econômicos que incorpore o fator amazônico, demonstrando os custos de se fazer saúde na região norte. Precisamos de mais pesquisas, pois sabemos que muitos financiamentos dos programas de saúde desconsideram o fator amazônico, uma vez que os custos fixos e variáveis (VIEIRA e SERVO, 2011) se modificam conforme o “vai e vem das águas”, pois mesmo o custo fixo, como a equipe de saúde por exemplo, pode diversificar durante o período da seca do rio, devido à necessidade de outros profissionais de apoio (UGÁ, 2003).

Numa pesquisa recente realizada pelo Conselho de Secretários de Saúde do Amazonas, – COSEMS/AM no início do ano de 2021, obteve-se um percentual de 44% de novos Secretários de Saúde que, pela primeira vez, assumem esse cargo. Vários órgãos governamentais estão trazendo essa concepção de análise econômica, no intuito de inserir e começar a fazer parte do rol de discussão entre os gestores de saúde, uma vez que os recursos estão cada vez mais escassos, implicando em tomadas de decisões baseadas em evidências (SILVA *et al.*, 2016).

A discursão desse estudo é fazer uma análise de custo da Unidade Básica de Saúde Fluvial Vila de Ega, pertencente ao município de Tefé no Estado do Amazonas. O estudo busca compreender a totalidade dos gastos/custos referentes à manutenção das atividades desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família Fluvial - eSFF, bem como a análise do custeio mensal repassado pelo Ministério da Saúde para manutenção das viagens programadas, o que inclui o processo de planejamento, insumos necessários para uma viagem e a composição dos profissionais que serão escalados para o serviço.

Neste sentido, as repostas desse estudo poderão nortear a compreensão dos gestores acerca do real custo de uma unidade básica fluvial, sem deixar de considerar as características de cada cidade, pois algumas têm especificidades singulares. Mas, de maneira macro, perceberá se os custeios financeiros repassados pelo Ministério da Saúde são suficientes ou não para as ações. Ademais, as análises de custo permitem mapear problemas e oportunidades. As análises podem auxiliar os gestores na busca de um maior investimento por parte do governo federal ou estadual.

Ademias, a pesquisa pretende contribuir para clarear essa lacuna e ao mensurar os custos dessa unidade de saúde, iremos contribuir com a melhora das propostas de ações desta política importante para populações ribeirinhas. Uma revisão rápida nas principais bibliotecas virtuais, sobre análise de custo de uma UBSF, revelou nenhum resultado. Pretendemos com essa pesquisa deixar uma contribuição social e científica, e não espaço para se pensar na inviabilidade de um modelo assistencial que é essencial para uma população desassistida em áreas remotas.

Em vista dos argumentos apresentados, essa pesquisa almeja que os resultados estratificados e mensurados proporcionem aos gestores, nas três esferas do SUS, um panorama da Unidade Básica de Saúde Fluvial, a fim de auxiliar nessa nova estratégia para a população amazônica. É necessário dar continuidade a pesquisa por um período completo dos ciclos dos rios, pois assim é possível mensurar efetivamente a análise da unidade durante os ciclos, o que abrangerá tanto o período de cheia quanto o período de seca do rio.

Os gastos e custos aqui explicitados, em nenhum aspecto podem ser considerados “gastos desnecessários”, pois o cenário de estudo contempla uma população desassistida há anos pelos sistemas de saúde. E não fosse o serviço prestado pela UBSF, muitas populações dificilmente seriam alcançadas pela rede de saúde convencional.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVOS GERAIS**

Analisar os custos de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, no município de Tefé, Amazonas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Quantificar os gastos com o investimento na construção da UBSF;
- b) Descrever os custos (fixos e variáveis) para realizar a atenção básica no contexto fluvial;
- c) Calcular o custo total da Unidade Básica de Saúde Fluvial.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE / UBS FLUVIAL

A implantação da atenção primária à saúde no mundo começou na Europa, em meados do século XX. A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WHO, ALMA-ATA, 1978).

Segundo Lavras (2011), a atenção primária consiste no atendimento não especializado ofertado na Unidade Básica de Saúde, com baixa tecnologia, com consenso que deveria ser o primeiro contato do usuário, pois tem capacidade de resolver vários agravos dos problemas de saúde. Starfield (2002) reforça que a atenção primária também é o primeiro contato de assistência, que satisfaz as necessidades de saúde e apenas alguns casos exigem atenção especializada. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: “primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação”.

Este documento contemplou três dimensões principais, como destacado por (Tasca *et al.*, 2019), sendo a primeira de caráter político, que fortalece a saúde como direito fundamental, juntamente com a universalidade e integralidade; a segunda, de caráter social, envolve fatores econômicos e ambientais como determinantes para a situação de saúde das pessoas; e a terceira, com foco assistencial, aliando os princípios da medicina da família e comunidade, associada com uma atenção primária resolutiva e humanizada.

Ainda para Tasca et al (2019), nos grandes momentos de questionamento dos sistemas de saúde em nível global há uma unicidade corroborada por todos, de que a atenção primária é a melhor ferramenta disponível para superar as dificuldades. E o fortalecimento desta estratégia melhora a qualidade e resolutividade dos serviços.

Temos observado na literatura que alguns países, entre eles Canadá e Espanha, concentram seu foco na qualificação da atenção primária, com intenção de fortalecer os sistemas de saúde.

Uma APS de qualidade, oferecendo um conjunto de ações, que vai desde a promoção ou atendimento clínico, permitindo o acesso no tempo oportuno das pessoas aos serviços de saúde (ANDERSON, 2016).

Com reflexão semelhante, Kempes (2018, p. 3) destaca:

Evidências robustas demonstram que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da APS apresentam melhores resultados, com aumento da efetividade”. Assim, podemos concluir que a APS tem um alto grau de eficiência, permitindo reduzir as desigualdades em saúde, criando no seu território práticas preventivas.

Starfield (2002) caracteriza APS como porta de entrada no sistema, ofertando serviços para problemas da população adstrita, mas com foco sobre a pessoa e não nas enfermidades. Esse ponto de atenção precisa compartilhar com os outros níveis da rede a responsabilidade pelo acesso, prevenção e o trabalho em equipe. Para avaliar a APS, a autora propõe a seguinte análise: quatros atributos essenciais (Acessibilidade de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) e três derivados (Orientação familiar, Competência cultural e Orientação comunitária).

Pesquisas no mundo inteiro têm comprovado a efetividade da APS, principalmente nos países de baixa renda, onde uma boa cobertura fortalece o sistema de saúde, melhorando a equidade. Como resultado, temos baixas taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária a saúde (SCHÄFER, 2013).

Desde a criação da lei orgânica do SUS, em 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, trazendo também no seu arcabouço a organização e funcionamento, a atenção básica tem sido evidenciada e destacada, tanto politicamente como por pesquisadores renomados (CASTRO e MACHADO, 2010).

Outra abordagem acerca desta questão vem da OPAS (2007):

Um sistema de saúde baseado na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde.

A atenção primária ganhou, a partir de 2003, grande destaque nas políticas públicas no âmbito federal, com aumento significativo dos programas destinados ao fortalecimento da APS, como aumento do credenciamento da estratégia saúde da família, saúde bucal, agentes comunitários, entre outras; ou seja, programas que atuam diretamente nas unidades básicas de saúde, aumentando a oferta de serviços e ações de prevenção e promoção.

Mendes (2012), em seus estudos, indica uma mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, causada principalmente pela urbanização desorganizada e mudança de hábitos alimentares, inclinado para as doenças crônicas de saúde. Por isso, o autor considera o nível primário estratégico para organização dos serviços de saúde como ordenadora do cuidado e com capacidade de resolver 80% dos agravos neste ponto de atenção.

Precisamente a partir de 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família - PSF, que posteriormente virou Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS, o Brasil obteve avanços significativos em vários indicadores de saúde, a saber, a redução da mortalidade infantil, pois esses dois programas tinham como objetivos promover a saúde e reduzir esse indicador, acompanhando as crianças nos primeiros anos de vida, principalmente as de maior risco de morte, como as de baixo peso, pré-maturas e as residentes em áreas de risco. Outra redução significativa foi a internação hospitalar por causas sensíveis à atenção primária (VANDERLEI, 2013).

Outro enfoque sobre a questão vem de Harzheim (2018), que relata os desafios que a APS enfrenta no Brasil, como a dificuldade de acesso aos serviços, o provimento e a fixação de profissionais, este último amenizado com o Programa Mais Médicos. Baixa adoção de práticas de efetividade comprovada, falta e falha de comunicação entre APS e outros pontos de atenção, além de instalações físicas e equipamentos precários, principalmente em regiões mais pobres do Brasil também são mencionados pelo autor.

A Política Nacional da Atenção Básica (2011) trouxe novos arranjos organizacionais, como Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Estratégia Saúde da Família Fluvial (ESF Fluvial) e Unidade Básica de Saúde – Fluvial (UBS Fluvial). Os gestores municipais fazem questionamento acerca dos valores repassados para custeio das ações, bem como acerca dos critérios usados para a definição desses valores porque não são suficientes para cobrir as ações de modo.

Nas UBSF pode funcionar uma ou duas equipes de estratégia de atenção primária, por meio da eSFF. Essa equipe de estratégia, segundo Mendes (2015), tem uma população cadastrada e vinculada a uma unidade básica de saúde. Essa população vive em territórios

sanitários, “organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários”. Essa APS tem capacidade para sanar 80% dos problemas de saúde, atuando em ações de assistência com prevenção e promoção da saúde, além de ser ordenadora da rede de atenção (secundário e terciário) (STARFIELD, 2002).

El Kadri (2019), corroborando o que preconiza a PNAB, evidencia que as equipes de saúde da família da Amazônia Legal e do Pantanal podem contar com duas estratégias: “Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), que está ligada a uma Unidade fixa. Porém, seu acesso às comunidades se dá por via fluvial; e Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), que desempenha atividades nas Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis”. Ambas possuem uma equipe mínima: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, podendo compor uma equipe de saúde bucal. ‘Em regiões endêmicas, também pode fazer parte da equipe um microscopista.’

Segundo as portarias vigentes, as equipes ribeirinhas trabalham, no mínimo, 14 (quatorze) dias (8h/diárias) e mais 2 (dois) dias são reservados à educação permanente e planejamento. As UBSF funcionam, no mínimo, 20 (vinte) dias por mês em área delimitada para atuação, compreendendo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação pode ficar ancorada no porto, na sede do município, para que as Equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF) possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto a outros profissionais (BRASIL, 2017)

ALVES e AERTS (2011) destacam os objetivos da ESF:

A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais.

Por fim, a Portaria Nº 3.127, de 18 de novembro de 2020, que no seu art. 1º define o valor do incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) que será repassado na modalidade fundo a fundo, sendo: I - R\$ 80.000,00 (quarenta mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) sem profissionais de saúde bucal; e II - R\$

90.000,00 (cinquenta mil reais) para Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) com profissionais de saúde bucal.

Esta mesma portaria define o valor do incentivo financeiro a outros profissionais que poderão se agregar à composição mínima das Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), em áreas de dispersão populacional:

Tabela 1 – Profissionais que poderão se agregar à composição mínima das eSFR / eSFF:

| Profissionais                                                                                  | Nº máximo de cada categoria | Valor do incentivo federal unitário |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| ACS                                                                                            | 24                          | R\$ 1.550,00                        |
| Microscopistas                                                                                 | 12                          | R\$ 1.550,00                        |
| Aux. Ou técnico de enf.                                                                        | 11                          | R\$ 1.500,00                        |
| Técnico em saúde bucal                                                                         | 1                           | R\$ 1.500,00                        |
| Profissional de nível superior dentre enfermeiros e/ou previstos na relação de profissões NASF | 2                           | R\$ 2.500,00                        |

Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

Em termo de arranjo físico, a composição mínima da estrutura da UBSF deve conter: Consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos, laboratório, sala de vacina, banheiros, expurgo, cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe, cozinha; sala de procedimentos, sendo que todos os espaços devem seguir identificação segundo padrões visuais estabelecidos nacionalmente.

Valor atual do incentivo mensal de custeio repassado para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde (Brasil, 2020):

- I. R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as eSFF sem profissionais de saúde bucal;
- II. R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para eSFF com profissionais de saúde bucal; e

Hoje, além da equipe de saúde, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico (unidade de apoio/satélites e embarcações de pequeno porte para transporte exclusivo de profissionais) e uma equipe ampliada, conforme tabelas abaixo, (Brasil, 2014):

Tabela 2 – Valores disponibilizados por ponto Logísticos e Unidade de Apoio:

| Custeio para Logística       | Qtz Máxima | Valor por Unidade | Valor Máximo  |
|------------------------------|------------|-------------------|---------------|
| Unidade de apoio/satélites   | 4          | R\$ 2.673,75      | R\$ 10.695,00 |
| Embarcações de pequeno porte | 4          | R\$ 2.673,75      | R\$ 10.695,00 |

Fonte: Adaptado de Brasil, (2014)

Tabela 3 - Quantidade de UBSF distribuída por Estado entre 2012 a 2019 (unidades em construção e já concluídas):

| UF    | QTD | %       |
|-------|-----|---------|
| AM    | 53  | 53,54%  |
| PA    | 32  | 32,32%  |
| AC    | 5   | 5,05%   |
| AP    | 2   | 2,02%   |
| MA    | 2   | 2,02%   |
| MS    | 1   | 1,01%   |
| MT    | 1   | 1,01%   |
| RO    | 1   | 1,01%   |
| RR    | 1   | 1,01%   |
| TO    | 1   | 1,01%   |
| TOTAL | 99  | 100,00% |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor da Pesquisa

Tabela 4 - Quantidade de UBSF do Amazonas que estão recebendo custeio para ações.

Competência Financeira janeiro de 2021

| CIDADE/AM         | VALOR BASE | EXTRAS    | TOTAL      |
|-------------------|------------|-----------|------------|
| BARREIRINHA       | 90.000,00  | 31.390,00 | 121.390,00 |
| BOCA DO ACRE      | 90.000,00  | 3.000,00  | 93.000,00  |
| BORBA             | 90.000,00  | 0         | 90.000,00  |
| CAREIRO DA VÁRZEA | 90.000,00  | 13.000,00 | 103.000,00 |
| COARI             | 90.000,00  | 1.500,00  | 91.500,00  |
| CODAJÁS           | 90.000,00  | 4.500,00  | 94.500,00  |
| FONTE BOA         | 90.000,00  | 3.000,00  | 93.000,00  |

|                    |                     |                   |                     |
|--------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| HUMAITÁ            | 90.000,00           | 0                 | 90.000,00           |
| LÁBREA             | 90.000,00           | 6.000,00          | 96.000,00           |
| MANAUS             | 90.000,00           | 0                 | 90.000,00           |
| MANICORÉ           | 90.000,00           | 0                 | 90.000,00           |
| PARINTINS          | 90.000,00           | 32.390,00         | 122.390,00          |
| SÃO P. DE OLIVENÇA | 90.000,00           | 0                 | 90.000,00           |
| SÃO S. DO UATUMÃ   | 90.000,00           | 1.500,00          | 91.500,00           |
| TABATINGA          | 90.000,00           | 1.500,00          | 91.500,00           |
| TEFÉ               | 90.000,00           | 40.390,00         | 130.390,00          |
| TONANTINS          | 90.000,00           | 1.500,00          | 91.500,00           |
| URUCURITUBA        | 90.000,00           | 42.890,00         | 132.890,00          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>1.620.000,00</b> | <b>182.560,00</b> | <b>1.802.560,00</b> |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor da Pesquisa

Para conhecimento, utilizando como base janeiro de 2020, havia 32 (trinta dois) municípios com Equipe de Estratégia Saúde da Família Ribeirinha credenciada e implantada.

Em termos de literatura sobre o estudo de análise de custos acerca da Unidade Básica de Saúde Fluvial e/ou Estratégia Saúde da Família Fluvial, em uma busca rápida no site da SciELO, BVS Economia da Saúde e Google Acadêmico, não encontramos estudos sobre a temática. E tal evidência ratifica a importância do presente estudo para a compreensão deste serviço de grande relevância para Amazônia legal.

#### **4.2 TERRITÓRIOS NA AMAZÔNIA**

Vários estudos demonstram a relação entre território e saúde, e a importância da delimitação territorial para a saúde. Nessa esteira, destaca-se a geografia da saúde, a medicina social, a epidemiologia ou ainda a psicologia social. Segundo Farias (2016), os grandes pesquisadores que se utilizam dessa relação foram influenciados por Milton Santos, que chamou a atenção para a necessidade de considerar o contexto geográfico e relacionar aos problemas de saúde.

O termo território origina-se do latim *territorium*, que deriva de terra e que nos ramos da engenharia aparece com o significado de ‘pedaço de terra apropriada’. Território pode ser uma área delimitada, seja de um animal, de uma pessoa, de um grupo, de uma organização ou de

uma instituição. O termo pode ser também utilizado na política, na biologia e na psicologia. No conceito tradicional de geografia, território é usado para estudar as relações entre espaço e poder, desenvolvidas pelos Estados, especialmente os Estados nacionais (HAESBAERT, 2005; SOUZA & PEDON, 2007).

Dentro das concepções da teoria miltoniana, surge fortemente o planejamento territorial. Nesse cenário, nascem as propostas de implantação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), por meio dos chamados Distritos Sanitários, ocasião em que são apresentadas as primeiras propostas de territorialização da saúde no Brasil (UNGLERT, 1993). Tratando deste tema, (RAFFESTIN,1993) interpreta o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”.

Acerca deste tema, Souza (2005, p.79) interpreta o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”.

Fazer saúde em um território na Amazônia sempre foi um desafio para as equipes de profissionais, seja pela logística ou pela transformação que o território “vive” durante o ano.

Com características únicas e singulares, os territórios das comunidades ribeirinhas têm seu próprio modo de viver. Sobrevivem da caça, pesca e agricultura de subsistência. Algumas questões afetam as condições de saúde dessa população, como a falta de saneamento básico, tratamento da água, falta de fossas e ausência de adequado descarte dos resíduos sólidos.

A maior parte da água é captada da chuva e de poços artesianos, escavados manualmente ou do próprio rio. Portanto, a qualidade da água é um dos maiores desafios para o saneamento desses territórios. As eSFF e eSFR têm respondido a esse problema por meio da educação em saúde e também pela distribuição de hipoclorito.

Devido à dinâmica peculiar do modo de vida das pessoas em estreita relação com os rios, parece razoável a hipótese de que uma Unidade que se movimenta no território consiga atender de forma mais eficaz do que a disposição de Unidade(s) fixa(s) que, neste cenário de enorme extensão territorial e dispersão populacional, não necessariamente significariam aumento de cobertura (KADRI et al, 2019).

Território pode ser similarmente considerado o espaço do estabelecimento de relações sociais, da vivência de problemas de saúde e da interação com as equipes. É preciso analisar os elementos e relações existentes em uma comunidade, como a organização dos serviços e das

práticas de vigilância em saúde, bem como as avaliações sistemáticas das ações e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

Schweickardt (2016) contextualiza a complexidade do território Amazônico e sua dinâmica imposta pelo período de cheia e seca. E por características como: acesso aos serviços, distâncias, limitação tecnológicas, por conseguinte, as políticas precisam ser distintas devido a essas particularidades.

Em sintonia com o contexto, Merhy (2014), Portela, (2017) p.24, descreve o conceito de redes vivas, que traz a ideia de que as pessoas, no seu dia a dia:

“não são estáticas e imutáveis, mas produzem conexões, fragmentárias e em acontecimento, estando em constante movimento, produzindo saberes, construindo e partilhando cuidados, formando um mundo em si mesmas que converge com o mundo que os cerca.”

O território líquido abordado por pesquisadores do norte, não consiste em delimitar o espaço, mas sim a ligação entre pessoas, serviços e instituições. “É lugar de vida e significado, agenciador de encontros e energias das relações sociais e existenciais” (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016; KADRI, LIMA E SCHWEICKARDT, 2017)

Por sua vez, Lima et al (2016), proporciona uma nova visão sobre o território:

Em uma primeira análise emergiu o território líquido, termo cunhado para metaforizar o território geográfico e as relações a serem considerados na dinâmica do trabalho em saúde. Este território líquido não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico. Perpassa pelo território das existências dos ribeirinhos, mediando significado e significâncias do meio ambiente. Portanto, recomendamos esta categoria de análise para formular políticas específicas que reconheçam o tempo-espaço para esta população, e sua influência nos aspectos culturais e naqueles mediados pela sazonalidade amazônica.

A partir deste entendimento e com a construção da Unidade Básica de Saúde Fluvial e financiamento do custeio por parte do Governo Federal, começou de fato um atendimento específico para populações ribeirinhas, levando em consideração todas as características da região amazônica.

“Nesse sentido, o território amazônico constitui um espaço geográfico de múltiplas relações sociais e de poder, exigindo uma gestão e uma produção de cuidado que se movimente como os banheiros e as águas, pois o rio nunca é o mesmo quando se tem o olhar atento e perspectivo” (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016, p. 109).

Sempre nos deparamos com perguntas que, na maioria das vezes, são feitas por pessoas que preferem pensar ou analisar pela ótica de querer resolver o problema definitivo dos moradores de áreas remotas, mas nunca procuram compreender, por exemplo, o porquê que o ribeirinho vive “naquele” lugar. Isso se remete a costumes de gerações que ali firmaram seu território e esse fluxo do vai e vem da água lhe fornece todas as condições que precisam para sobreviver (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

Podemos entender que esse território onde a UBSF atua é um ambiente vivo, e que cada viagem sofrerá modificações, seja pelo movimento do rio, pelo modo de viver ou pelas relações entre os habitantes destes lugares.

A equipe de profissionais precisa entender essa dinâmica e realizar um planejamento com essa realidade, pensando no ambiente vivo que está sempre sujeito às modificações.

Outro ponto importante refere-se ao acesso. Garnelo et al (2018) indica uma forte dependência dessa população ribeirinha aos serviços públicos de saúde. Além de enfrentar iniquidades de acesso geográfico, contam com poucos profissionais e com a precariedade da rede física de saúde. Essa situação de iniquidade fica muito mais evidente na região norte.

Os autores abordam uma compreensão bastante distinta de cobertura versus acesso:

Há que se distinguir cobertura estimada da atenção primária – muitas vezes interpretada como equivalente a acesso – das múltiplas dimensões contidas no termo acesso. Neste estudo, a cobertura foi entendida como a possibilidade quantificada de obter o cuidado, podendo não ser efetivada por razões diversas, como é o caso das barreiras encontradas pelos indivíduos na busca do cuidado. Nesse sentido, entende-se que a cobertura assistencial difere dos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Ratificando referido entendimento, Travassos (2004) demonstra a importância do acesso ao uso de serviços, demonstrando as ‘desigualdades e vulnerabilidades reais da sociedade’. Esse acesso, se for contemplado, possibilita a equidade garantida na Constituição Federal.

Entender o acesso é complexo, isso porque em grande parte existe uma interpretação equivocada em relação ao uso dos serviços, pois uma cobertura boa de atenção básica não está associada diretamente ao acesso da população ao serviço de saúde ofertado no território (ALBUQUERQUE et al, 2014).

Levando-se em conta o que foi observado, asseguramos que a implantação do UBSF sana o vazio assistencial que existe na Amazônia, pois sem dúvida levará a população ao acesso a serviços de saúde ofertados na atenção primária, que vai desde promoção e prevenção, consultas médicas e de enfermagem, até os exames complementares, fazendo com que o princípio da equidade de fato vigore. Na Amazônia, temos vários desafios a serem superados, além da

logística, o acesso, provisão de profissionais de saúde e uma estrutura física de unidade básica de saúde totalmente equipada e preparada para atender os ribeirinhos, o que era uma realidade distante antes das unidades fluviais.

Por todos esses aspectos, a atenção primária precisa ser baseada na realidade local. Considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e particularidade, pois seu modo de viver está em consonância com a natureza. A APS precisa entender essa territorialização com responsabilidade e humanização (FONSECA, 2007).

### **4.3 ECONOMIA EM SAÚDE**

Conforme consta do site da FEA/USP – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, Economia é o conjunto de atividades desenvolvidas pelos homens visando a produção, distribuição e o consumo de bens e serviços necessários à sobrevivência e à qualidade de vida.

Tratando desse tema, o glossário temático do Ministério da Saúde descreve Economia da Saúde como um ramo do conhecimento que integra as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, com o objetivo de aperfeiçoar as ações de saúde, ou seja, é o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor atenção à saúde e o melhor estado de saúde possível, considerando meios e recursos limitados (BRASIL, 2013).

Este mesmo glossário temário apresenta a definição em Gasto em Saúde, como sendo o recurso financeiro aplicado na atenção e cuidados de saúde. E esses gastos podem ser feitos por pessoas, grupos, países ou instituições públicas e privadas.

Os gastos com a saúde têm preocupado cada vez mais os gestores. Os custos das ações em prol da saúde estão se tornando cada vez mais crescentes, frente a um recurso limitado. O crescimento das necessidades de atenção à saúde faz com que os gestores precisem urgente de conhecimento sobre a formação dos custos nesse setor, possibilitando um melhor planejamento e intervenções que melhorem os serviços com menores custos.

Neste estudo usamos termos ligados às ciências contábeis, principalmente à contabilidade de custo. Martins (2008) usa as seguintes terminologias:

- Gasto – compra de um produto ou serviço qualquer, que gera sacrifício financeiro

para a entidade (desembolso), sacrifício este representado por entrega ou promessa de entrega de ativos (normalmente dinheiro);

- Investimento – gasto ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a futuro(s) período(s);
- Custo – gasto relativo à bem ou serviço utilizado na produção de outros bens ou serviços. Estes ainda são classificados em fixos e variáveis, e diretos e indiretos;
- Custo direto: são os que podem ser facilmente quantificados e identificados ao produto, processo ou serviço e valorados com facilidade. Os custos diretos nas unidades de saúde como na maioria das indústrias, compõem-se basicamente de mão-de-obra, insumos e equipamentos, utilizados diretamente no processo produtivo, ou seja, no processo assistencial.
- Custos indireto – por não serem perfeitamente identificados aos produtos, processos ou centros de custos, não podem ser apropriados diretamente para essas unidades específicas, e por isso, necessitam da utilização de algum critério de rateio para a sua alocação.
- Custo variável – Os custos variáveis mantêm relação direta com o volume de produção ou de serviço, ou seja, o valor dos custos variáveis aumenta à medida que a produção cresce.
- Custo fixo: Custos fixos são aqueles que permanecem constantes dentro de uma determinada capacidade instalada. Eles independem do volume de produção, ou seja, alterações no volume de produção, para mais ou para menos, não alteram o valor total do custo.

Enquanto o uso dos recursos é sempre mensurado em unidades monetárias, as formas de mensuração das consequências diferem, definindo os quatro tipos de análise existentes de avaliação econômica de tecnologias da saúde, com vistas à sua incorporação/exclusão nos sistemas de saúde: custo-minimização, custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício, denotando o sentido de avaliação econômica.

No sentido de avaliação política, destaca que a Economia não é uma ciência exata e sim social, o que significa reconhecer que existem interesses diversos em nossa sociedade, posto que ela é uma sociedade de classes, de um país capitalista e dependente.

Do mesmo modo, temos a definição de Economia da Saúde: “Especialidade dedicada à investigação, estudo, métodos de medição, racionalização e sistema de análises das atividades relacionadas com financiamento, produção, distribuição e consumo dos bens e serviços que

satisfazem necessidades sanitárias e de saúde, sob os princípios normativos da eficiência e da equidade” (RUBIO CEBRIÁN, 1995).

O interesse dos economistas pela saúde e aplicação de instrumentos econômicos deu origem à economia da saúde. Somente na década de 70 houve um desdobramento para o surgimento das disciplinas ligadas ao planejamento em saúde, onde começaram a fazer parte de cursos de especialização em administração de serviços de saúde. Nessa década e na seguinte, começaram a surgir os primeiros estudos de Economia da Saúde. (DEL NERO, 2002)

Especificamente no Brasil, foi realizado o primeiro encontro sobre Economia da Saúde, em 1989 na cidade de Brasília. A partir dessa experiência, foi criada a Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), que ajudou a difundir a Economia da Saúde no país.

Ugá (2003) descreve o arcabouço da descentralização do SUS, demonstrando a forma de alocação do recurso nas três esferas de governo. Mostrou ainda o grande desafio que tem sido o financiamento público da saúde, ao exibir uma linha do tempo com os marcos constitucionais das formas de repasses instituídas pelo governo federal, desde antes da promulgação da Constituição Federal.

Decisões no campo da política econômica, tal como aumentar ou não a taxa de juros, ou contingenciar o orçamento do ministério X ou Y, ou do programa W ou Z, são decisões que, por mais que queiramos, não são somente técnicas, são também frutos de interesses e da correlação de forças dos diferentes interessados no que está sendo decidido.

Podemos notar que há duas tensões permanentes na Economia da Saúde: a primeira busca pela otimização dos recursos sempre escassos e na segunda, a busca por garantir o melhor estado de saúde possível para uma população, seja prevenindo a doença, seja prestando os serviços adequados.

Segundo Brasil (2014), Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica:

As avaliações econômicas em saúde são definidas como técnicas analíticas formais para comparar diferentes alternativas de ação propostas, levando em consideração custos e consequências para a saúde, positivas e negativas. Essas análises comparativas ponderam os custos dos recursos aplicados e das consequências obtidas em termos de saúde, ajudando nas decisões sobre a priorização de intervenções e a alocação de recursos. Os estudos de avaliação econômica envolvem, frequentemente, estudos de síntese da informação (como revisão sistemática e metanálise) para a obtenção das melhores estimativas dos desfechos em saúde. Além disso, requerem conhecimentos multidisciplinares, podendo envolver profissionais de disciplinas como epidemiologia, estatística, pesquisa clínica, administração em saúde e economia.

Dentre os vários entendimentos, podemos sintetizar que as avaliações econômicas fundamentam-se na ideia de custo oportunidade. Em resumo, a aplicação em determinado programa ou tecnologia afeta diretamente a não aplicação em outro programa ou tecnologia, ou seja, sempre haverá escolhas. E no processo de decisão final do objeto A ou B, nem sempre a eficiência é levada em consideração (GOLD, 1996). Toda vez que um produto deixa de ser ofertado, temos de considerar outras atividades complementares que deixaram de ser fornecidas.

Nesse campo, é possível encontrar base nas palavras de Palmer (1999), quais sejam, ‘desse modo, em uma alocação eficiente de recursos, os custos de oportunidade são minimizados, obtendo-se um emprego ótimo dos recursos disponíveis’.

Na diretriz de Avaliação Econômica, Brasil, (2014):

Existem diferentes abordagens para a análise econômica de tecnologias em saúde. Nas chamadas avaliações econômicas parciais, o relato contempla a descrição ou a análise dos custos e pode conter informações sobre o desempenho de uma determinada tecnologia; no entanto, não há comparação dos custos e das consequências para a saúde entre duas ou mais alternativas. Um caso particularmente útil de avaliação econômica parcial são os estudos de impacto orçamentário, usados na estimativa do incremento ou redução no desembolso relacionado à incorporação ou retirada de uma tecnologia da saúde pertinente à perspectiva da análise. Esse tipo de avaliação econômica é geralmente realizado após estudos de custo-efetividade, embora também possam ser realizados nas fases iniciais do processo de avaliação de tecnologias em saúde, quando for possível tomar a decisão de incorporação unicamente com evidências de eficácia, efetividade e segurança. Recomendações específicas para estudos de impacto orçamentário no Brasil foram emitidas em 2012.

Polanczyk (2012) e Silva EN *et al.*, (2016) apresenta quatro tipos de avaliações econômicas completa:

**Primeira, nos estudos de custo-efetividade**, as consequências em saúde são aferidas em uma unidade natural de benefício clínico, como por exemplo, anos de vida salvos, número de eventos evitados, número de mmHg reduzidos na pressão arterial;

**Segunda, nos estudos de custo-minimização**, que são um caso particular dos estudos de custo-efetividade, no qual a efetividade das intervenções comparadas pode ser considerada equivalente, sendo o elemento principal da análise, a determinação de qual das alternativas implicará menores custos;

**Terceira, nos estudos de custo-utilidade**, por sua vez, a unidade de medida do benefício clínico passa a ser a “utilidade”, que consiste em uma medida combinada de benefícios em tempo de vida e em qualidade de vida. São exemplos de “utilidade” os anos de vida ajustados por qualidade (AVAQ ou QALY, quality adjusted life years, na sigla em inglês) ou os anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI ou DALY, em inglês).

**Quarta, nos estudos de custo-benefício**, para os quais tanto o consumo de recursos quanto o benefício em saúde estão medidos em unidades monetárias, sendo o valor resultante um benefício financeiro líquido.

Reiterando, Silva EN *et al.* (2014, p. 219), explica que:

O objetivo das avaliações econômicas em saúde é sistematizar e comparar as evidências disponíveis de tecnologias alternativas em relação aos seus desfechos em saúde e aos custos para subsidiar a tomada de decisão quanto ao uso eficiente dos recursos disponíveis. Existem quatro tipos de avaliações econômicas consagradas na literatura: custo-minimização, custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade.

Podemos também classificar os estudos em avaliações econômicas descritas por Anderson (2010) ‘quanto à utilização ou não de modelagem computadorizada, para projetar as consequências futuras das intervenções comparadas.’ Tal conceituação na literatura está posta em dois tipos de estudos:

(a) avaliações econômicas empíricas, baseadas exclusivamente em dados primários de consumo de recursos e de desfechos em saúde (dados coletados diretamente de bases de dados administrativas, séries de casos, estudos observacionais ou ensaios clínicos);

(b) avaliações econômicas baseadas em modelagem computadorizada, nos quais dados provenientes de muitas fontes (como dados primários, revisões sistemáticas e estudos de custos) são integrados em modelos (como árvores de decisão, coortes simuladas de Markov, microssimulação de pacientes individuais e simulação de eventos discretos) a fim de oferecer estimativas mais robustas das reais relações de custo-efetividade existentes e do grau de incerteza dos valores obtidos.

Ademais, segundo o autor citado, cada vez mais as avaliações econômicas baseadas em modelagem têm se firmado como método de eleição nas avaliações de eficiência das tecnologias em saúde.

Dessa forma, os gastos com saúde têm crescido em todo o mundo. No Brasil, não se foge dessa regra, já que boa parte deste gasto é atribuído às inovações tecnológicas, envelhecimento da população e mudanças no perfil epidemiológico. Por isso, estudo de custo doença é importante para estimar o impacto social, pois quantifica os valores gastos pelo sistema de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Há evidências, por outro lado, de situações que contribuem para a diminuição dos gastos globais dos sistemas, a saber, maior participação do setor público na regulação e no

financiamento; atenção básica de qualidade, funcionando como porta de acesso preferencial aos demais níveis de atenção.

Nesse cenário, para que o gestor tenha uma tomada de decisão de forma coerente, ele precisa ter parâmetros descritos através de um estudo capaz de estratificar esse caráter complexo que é saúde e com grandes zonas de incertezas. Vivemos o dilema de resolver os problemas de saúde e das intervenções suscetíveis de resolvê-las. ‘Neste contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde é considerável e a avaliação parece ser a melhor solução.’ (HARTZ, 1997).

## **5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

### **5.1 TIPO DE PESQUISA**

Escolhemos fazer uma Análise de custos (AC), as consequências são comuns às alternativas consideradas, não sendo necessária qualquer medida. Lourenço e Silva (2008).

Trata-se de um estudo de caso de natureza descritiva, do tipo quantitativo, sobre a avaliação econômica. A pesquisa quantitativa visa obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (respostas ou de desfecho) (MINAYO, 2005).

Segundo Robert K. Yin, um estudo de caso se define como uma estratégia de pesquisa que responde às perguntas “como” e “por que” e que foca em contextos da vida real de casos atuais. “A essência de um estudo de caso está, pois, no fato de ser uma estratégia para pesquisa empírica empregada para a investigação de um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, possibilitando a explicação de ligações causais de situações singulares”, GOMES, (2008).

Goode e Hatt (1979) “definem o estudo de caso como um método de olhar para a realidade social. Não é uma técnica específica, é um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado”.

Duarte (2006, p. 216) define estudo de caso como “análise intensiva, empreendida numa única ou em algumas organizações reais.” Para ele, o estudo de caso reúne, tanto quanto possível, informações numerosas e detalhadas para apreender a totalidade de uma situação”.

Dentro das concepções de Yin (2001), estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange abordagens específicas de coletas e análise de dados. Ele investiga um fenômeno contemporâneo, partindo do seu contexto real, utilizando de múltiplas fontes de evidências. O autor resumiu:

No geral, os estudos de caso são a estratégia preferida quando questões “como “e “porquê “estão a ser colocadas, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos, e quando o foco está nos fenômenos contemporâneos dentro do contexto da vida real. Tais estudos de casos “explanatórios “também podem ser complementados por outros dois tipos –estudos de caso “exploratório “e “descritivo “. Independentemente do tipo de estudo de caso, os investigadores devem exercer grande cuidado ao planear e fazer estudos de casos para ultrapassar o tradicional criticismo do método.

Estudos de caso é um método de pesquisa ampla sobre um assunto específico, permitindo aprofundar o conhecimento sobre ele e, assim, oferecer subsídios para novas investigações sobre a mesma temática.

Finalmente, podemos encontrar os estudos de caso em diversos temas, inclusive na economia, na indústria, ou a economia de uma cidade ou região pode ser investigada usando um plano de estudo de caso (YIM, 1994).

Uma avaliação econômica completa, por exemplo, de custo efetividade – ACE, precisaria de mais tempo de funcionamento da UBSF, já que haveria grande possibilidade de haver erros, pois além de informações dos custos, teríamos que usar um indicador de efetividade, como: o índice de internação por causas sensíveis a Atenção Básica e/ou produção médica e de enfermagem, e/ou consulta pré-natal, a partir da base de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do e-SUS, por meio do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Além disso, também haveria a necessidade de uma comparação (UBS Fluvial X UBS Tradicional).

Tais informações de efetividade que serão coletadas nesse intervalo de menos de um ano de funcionamento podem produzir dados com distorções, ocasionadas, dentre outras razões, pelo não cadastramento da população adstrita da unidade fluvial, pela demora na inserção dos dados no sistema, etc.

Os diferentes tipos de avaliação econômica que podem ser realizadas dependem dos vínculos estabelecidos entre os custos e os resultados de uma estratégia de saúde. Pode haver relação entre custos e consequências ou resultados de uma intervenção. São os chamados estudos de custo-resultado. Outro grupo calcula custos e consequências, mas sem estabelecer uma relação ou vínculo formal entre eles. São os estudos de custo-consequência (BRASIL, 2009).

Novamente iremos conceituar algumas terminologias que usaremos no cálculo do custo:

Custos diretos são aqueles alocados diretamente a determinado produto ou serviço e, são de fácil identificação, pois são alocados no momento de sua ocorrência, sem a necessidade da aplicação do rateio.

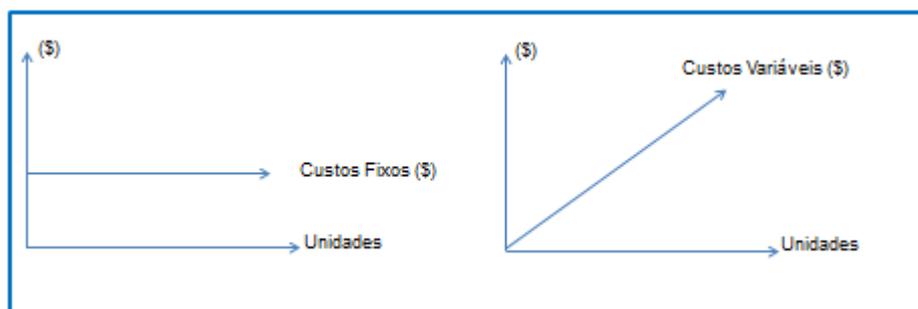
Para Dutra (1995 p. 35), “É aquele que pode ser diretamente apropriado a cada tipo de bem ou órgão, no momento de sua ocorrência, isto é, está ligado diretamente a cada tipo de bem ou função de custo”.

Custos indiretos, ao contrário dos custos diretos, não são alocados diretamente a um produto ou serviço, pois não são identificáveis diretamente a um determinado item. Podemos citar como exemplo: mão de obra indireta, rateada por horas/mão de obra. Segundo (DUTRA, 1995 p. 35) “É aquele que não se pode apropriar diretamente a cada tipo de bem ou função de custo no momento da sua ocorrência.”; ... [...] “Tal separação é efetuada através de um critério especial, denominado rateio” (DUTRA, 1995, p. 35).

Custos Fixos, de acordo com Maher (2001), não se alteram quando o volume se altera dentro de um intervalo relevante de atividade. Os custos fixos são aqueles custos que não se alteram, independentemente se houver aumento ou diminuição dos produtos ou dos serviços prestados.

Custos variáveis são os custos que estão diretamente relacionados à quantidade da produção ou prestação de serviços.

Figura 1- Representação gráfica dos custos fixos e variáveis



Fonte: Adaptado de WERNKE (2008)

Em síntese, pelo gráfico podemos analisar as diferenças e que os custos fixos mantêm-se constantes, independentemente da quantidade produzida, ao contrário dos custos variáveis, que aumentam seu valor conforme o aumento da quantidade produzida.

Tabela 5 - Quanto à classificação dos custos

| <b>Classificação do custo</b> | <b>Característica do custo</b>                                                       |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Variabilidade                 | Em relação com seu volume de produção, divide-se em Custos fixos e custos Variáveis. |
| Facilidade de alocação        | Importante no apoio a tomada de decisão, dividem-se em: custos diretos e indiretos.  |

Fonte: Adaptado de Bornia (2010).

## **5.2 COLETAS DE DADOS**

### **1º Passo**

Foram descritos os valores repassados para construção da Unidade Básica de Saúde Fluvial, incluindo todo o investimento, como estrutura, mobiliários e equipamentos, recomendados pelo ministério da saúde.

### **2º Passo**

Apuração e análise dos custos (fixos e variáveis). Dados esses que foram coletados diretamente na Secretaria Municipal de Saúde de Tefé- AM, seguindo as estas:

Etapa 1 - Separação de custo;

Etapa 2 - Apropriação dos custos fixos e variáveis ao serviço realizado no período;

Etapa 3 - Apuração do custo do serviço finalizado;

### **3º Passo**

Apuração do Resultado em planilha excel, organizando os resultados em tabelas para posterior discussão dos dados.

## **5.3 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA E POPULAÇÃO DE INTERESSE**

O estudo será feito na Unidade Básica de Saúde Fluvial junto com a Equipe de Saúde da Família Fluvial, que atua no município de Tefé, referente ao período de junho de 2018 a março de 2019.

A rede assistencial de saúde de Tefé, eminentemente pública, dispõe de 27 estabelecimentos de saúde, a saber, 1 (um) Centro Psicossocial, 1 (um) Hospital Regional, 11 (Doze) Unidades Básicas de Saúde Tradicional, 1 (uma) Unidade de Saúde Fluvial, 1 (um) CEREST, 1 (um) Complexo Regulador e as demais distribuídas entre Laboratórios, Telessaúde, Farmácias, outros centros de saúde e policlínicas.

#### **5.4 PLANO DE COLETA DE DADOS**

Nesta pesquisa, para formação dos dados, foram usados dados primários, que serão coletados diretamente da gestão municipal, sendo: a) as planilhas de custos, os contratos de recursos humanos, as compras de insumos e medicamentos por meio de licitações, dentre outros.

Como complemento, foram utilizados dados secundários, coletados no DATASUS, por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, E-GESTOR. O banco de dados foi organizado em uma planilha eletrônica, do programa Microsoft Excel versão 2013.

#### **5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA**

Considerando a Resolução 466/12 do CNS, a pesquisa utilizou apenas dados disponíveis de acesso público e irrestrito, ou seja, as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa, com revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos, sem a necessidade de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP.

Mesmo com as considerações acima, o estudo está inserido no projeto de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA intitulado “Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas”, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE: 99460918.3.0000.5020.

## 6. RESULTADOS

Os resultados e discussão serão apresentados na forma de um artigo.

Titulo: Unidade Básica de Saúde Fluvial: o custo de fazer saúde no contexto Amazônico.

Title: Basic Fluvial Health Unit: the cost of health in the Amazon context.

Titulo: Unidad Básica de Salud Fluvial: el costo de la salud en el contexto amazónico.

Autores:

*Cláudio Pontes Ferreira<sup>1</sup>*

*Rodrigo Tobias de Sousa Lima<sup>2</sup>*

Revista: Epidemiologia e serviços de saúde.

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Estudo financiado pela FAPEAM (Programa de Pesquisa para o Sistema único de Saúde - PPSUS – Gestão Compartilhada em Saúde – Chamada Pública N° 001/2017)

Contribuição dos autores: Cláudio Pontes Ferreira: Escrita do manuscrito, ideia original, revisão na extração e seleção dos dados e revisão final do manuscrito. Rodrigo Tobias de Sousa Lima: Escrita de parte do manuscrito e revisão final. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os custos de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), do município de Tefé-AM. **Métodos:** Trata-se de uma análise de custo com abordagem descritiva de um modelo

---

<sup>1</sup> Programa de Pós graduação em condições de vida e situações de saúde na Amazônia – PPGVIDA do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas. Rua Terezina, 476, Adrianópolis, 69027-070, Manaus-AM. claudiopontes@hotmail.com

<sup>2</sup> Programa de Pós graduação em condições de vida e situações de saúde na Amazônia – PPGVIDA do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMD/Fiocruz Amazonas. Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia.

específico para região da Amazônia Legal. No estudo, foram considerados os custos recorrentes da UBSF, obtendo-se assim um valor real por deslocamento em serviço, como: manutenção, logística, RH e insumos para saúde. **Resultados:** com nove viagens realizadas em 10 meses; com o custo total de R\$ 761.705,87, tivemos uma predominância dos recursos humanos que representa 64,62% desse total analisado, seguido por insumos para as ações de saúde (17,72%), combustível (12,11%). **Conclusão:** ficou demonstrado que os recursos federais representam um montante significativo para o desenvolvimento das ações da atenção básica pela UBS Fluvial, observada a sazonalidade dos regimes dos rios como limitante para a variação dos custos necessários para a promoção da saúde de ribeirinhos dispostos no território líquido da região amazônica.

**Palavras-chave:** Análise de custo, Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde; Território Líquido.

#### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the costs of a Basic Fluvial Health Unit (UBSF) in the municipality of Tefé-AM. **Methods:** This is a cost analysis with a descriptive approach of a specific model for the Legal Amazon region. In the study, the recurrent costs of UBSF were considered, thus obtaining an accurate value for commuting, such as maintenance, logistics, HR and health supplies. **Results:** with nine trips made in 10 months, with a total cost of R \$ 761,705.87, we had a predominance of human resources, representing 64.62% of this total analyzed, followed by inputs for health actions (17.72%), fuel (12.11%). **Conclusion:** it was demonstrated that federal resources represent a significant amount for the development of primary care actions by the Fluvial UBS, observing the seasonality of the river regimes as a limitation for the variation of costs necessary for the promotion of the health of riverside dwellers disposed of in the net of the Amazon region.

Key Words: Cost analysis, Primary Health Care, Access to Health Services; Net Territory.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los costos de una Unidad Básica de Salud Fluvial (UBSF), en el municipio de Tefé-AM. **Métodos:** Se trata de un análisis de costos con enfoque descriptivo de un modelo específico para la región Amazonia Legal. En el estudio se consideraron los costos recurrentes de UBSF, obteniendo así un valor real para los desplazamientos, tales como: mantenimiento, logística, recursos humanos y suministros de salud. **Resultados:** con nueve viajes realizados en 10 meses; con el costo total de R \$ 761.705,87, tuvimos un predominio de recursos humanos que representa el 64,62% de este total analizado, seguido de los insumos para acciones de salud (17,72%), combustibles (12,11%). **Conclusión:** se demostró que los recursos federales representan un monto significativo para el desarrollo de las acciones de atención primaria por parte de la UBS Fluvial, observándose la estacionalidad de los regímenes fluviales como una limitación para la variación de los costos necesarios para la promoción de la salud de los ribereños. dispuestos en la red de la región amazónica.

**Palabras-clave:** Análisis de costos, Atención Primaria de Salud, Acceso a Servicios de Salud; Territorio neto.

## INTRODUÇÃO

As unidades Básicas de Saúde Fluvial - UBSF (1,2, 3), foram criadas a partir de 2013, como estratégia de levar saúde para dentro do território amazônico, para populações isoladas da Amazônia Legal. Esse novo modelo tecnoassistencial (4) foi formatado para atender as necessidades das populações ribeirinhas (5). Essa estratégia visou combater uma iniquidade existente nesse imenso território, cortado por rios, lagos e igarapés, a fim de atender uma demanda específica e singular. Ao mesmo tempo em que preencheu esse vazio assistencial, trouxe ao debate os custos amazônicos e a necessidade de compreender esses valores de fazer saúde no contexto amazônico.

Há uma grande necessidade de estudos econômicos (6,7) que incorporem o fator amazônico, assim como de quantificar esses custos de se fazer saúde na região norte.

Precisamos de mais pesquisas, pois sabemos que muitos financiamentos dos programas de saúde desconsideram o fator amazônico, uma vez que os custos fixos e variáveis (8) se modificam conforme o “vai e vem das águas”, pois mesmo o custo fixo, como a equipe de saúde

por exemplo, pode diversificar durante o período da vazante do rio. É necessário dar continuidade na pesquisa no período da vazante do rio, pois assim é possível mensurar efetivamente a análise da unidade durante um ano, o que abrangerá tanto o período de cheia quanto de seca do rio.

Especificamente no Amazonas, é premente o estudo aplicado sobre o fator amazônico no cotidiano dos serviços de saúde e acerca das ferramentas da economia da saúde que podem auxiliar nesta análise (6). Estudos sobre avaliações e análises econômicas podem oferecer uma ferramenta importante para gestão, auxiliando nas tomadas de decisões. Esse estudo inicia um ciclo de pesquisa que necessita ser cada vez mais explorado, descrevendo os resultados do custo amazônico tão falado, mas pouco detalhado.

Desta forma, temos o desafio de mensurar os custos amazônicos, esses valores adicionais gerados, por exemplo, com dificuldades de deslocamento, transportes, comunicação, logística e as vias de acesso até as áreas ribeirinhas, quase não são demonstradas. Por isso a importância de estudos sobre esses impactos (9). Somente com evidências científicas podemos discutir se os valores repassados pelo Ministério da Saúde atendem a essas especificidades.

Compreender os custos desse novo modelo assistencial é o problema gerador da questão da pesquisa. É notório que a Unidade Básica de Saúde Fluvial é um projeto inovador, pois corrigiu anos de iniquidade pela falta de assistência em comunidades distantes e remotas da Amazônia, já que não havia um modelo assistencial institucionalizado e adequado para esse tipo de atendimento; ampliou o acesso, ofertando para essas comunidades ribeirinhas diversos serviços básicos de saúde, como consultas médicas e enfermagem, atendimento de urgência, imunização, pré-natal; as unidades fluviais dispõem de equipamentos e tecnologias que facilitam o diagnóstico e tratamento dos usuários atendidos; Esse novo arranjo estabeleceu um território onde a população será vinculada a uma unidade básica de saúde, passando a ser cadastrada dentro dos sistemas de informações nacionais. Por outro lado, precisa ser melhor evidenciado, quantificado, analisado, dada a indispensabilidade para a implementação de atuais e novas políticas públicas. Para tanto, os instrumentos de análise de custos podem auxiliar o aprimoramento dos processos de planejamento, sendo uma ferramenta importante para analisar e estabelecer prioridades (10,11). Neste estudo sobre custos no cenário amazônico, demonstramos a grande exequibilidade deste modelo assistencial único e essencial para garantir o acesso de políticas públicas ao povo ribeirinho.

Com base no questionamento sobre os gastos inseridos nos procedimentos de manutenção e funcionamento da unidade de saúde para a produção da saúde em áreas ribeirinhas de um

município de grande vulnerabilidade social, o presente estudo tem como objetivo analisar os custos de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, no município de Tefé, Amazonas. Para isso, descrevemos os investimentos na construção, os custos fixos e variáveis e calculamos o custo total dessa unidade de saúde, à luz dos investimentos e manutenção dos serviços de saúde prestados para as populações ribeirinhas.

## **MÉTODOS**

### **Tipo e cenário de estudo**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo quantitativo, por meio de estudo de caso **(12)** e de análise de custo **(13)** de uma unidade básica de saúde fluvial em região ribeirinha da Amazônia.

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial Vila de Ega junto com a Equipe de Saúde da Família Fluvial, que atua no município de Tefé, Amazonas. Segundo o Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado do Amazonas, Tefé integra a Região de Saúde do Triângulo, compreendendo as áreas dos municípios de Alvarães, Japurá, Juruá, Maraã, Tefé e Uarini. Tefé é o município de referência da Região de Saúde. Tefé tem uma população do censo de 2010, pelo IBGE, de 61.453 habitantes. A população estimada, em 2020, é de 59.547 pessoas e área geográfica de 23.704 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 2,59 hab/km<sup>2</sup>. O município faz limite com os municípios de Coari, Tapauá, Alvarães, Carauari e Maraã **(14)**.

O município de Tefé localiza-se à margem esquerda do Lago de Tefé, na região de saúde do Médio Rio Solimões. Distante da capital Manaus 516 Km em linha reta, 633 km por via fluvial (36:00h) e, por via aérea, cerca de 200 milhas, que corresponde a uma hora e quarenta minutos de voo.

O território do município tem 89 (oitenta e nove) comunidades. A UBSF atenderá 30 (trinta) comunidades, com 432 famílias cadastradas e uma população de 2.051 pessoas a serem atendidas, as demais são cobertas pela eSFR. A referida população é coberta pela equipe 15 - eSFFSB - Equipe de Saúde da Família Fluvial com Saúde Bucal, e atende a população ribeirinha no Rio Solimões, Lago do Jutica e Lago do Catuá, abaixo **(15)**.

## Caracterização e funcionamento da Unidade Básica de Saúde Fluvial

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



**Figura 1.** Unidade de Saúde Fluvial Vila de Ega Tefé-AM, 2020. Fonte: Prefeitura de Tefé

A UBSF deve ter minimamente os seguintes ambientes: consultório médico; consultório de enfermagem; consultório odontológico; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha; sala de procedimentos e identificação segundo padrões visuais da saúde da família, estabelecidos nacionalmente. A equipe que atua na embarcação (UBSF) é composta basicamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório. Para garantir a maior qualidade do cuidado e resolutividade, considerando a especificidade territorial da população ribeirinha que a torna singular, o município pode solicitar a ampliação da equipe com outros profissionais (1).

### Incentivos financeiros

O valor do incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) é repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, independentemente do número de equipes.

O custeio atual mensal básico destinado às UBSF, na modalidade fundo a fundo, segue dois padrões, a saber, R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as UBSF sem consultório odontológico; e R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para UBSF com consultório odontológico; (Redação dada pela Portaria GM/MS nº 3.127 de 18.11.2020).

A equipe que atua na embarcação (UBSF) é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório (1).

**Tabela 1 -** Quadro de profissionais incorporados à composição mínima das eSFF, Tefé-AM, 2020.

### PROFISSIONAIS

| Profissionais extras Credenciados | Qtd | Valor Individual | Valor Total   |
|-----------------------------------|-----|------------------|---------------|
| Microscopista                     | 12  | R\$ 1.550,00     | R\$ 18.600,00 |
| Técnico de Enfermagem             | 11  | R\$ 1.500,00     | R\$ 16.500,00 |
| Técnico de Saúde Bucal            | 1   | R\$ 1.500,00     | R\$ 1.500,00  |
| Profissional de Nível Superior    | 2   | R\$ 2.500,00     | R\$ 5.000,00  |

### PONTOS DE APOIO LOGÍSTICO

|                             |   |              |               |
|-----------------------------|---|--------------|---------------|
| Unidade de apoio            | 4 | R\$ 2.673,75 | R\$ 10.695,00 |
| Embarcação de Pequeno Porte | 4 | R\$ 2.673,75 | R\$ 10.695,00 |

### Coleta de dados

Escolhemos fazer uma avaliação econômica, que considera a análise dos custos (13), realizada por meio de um estudo de caso. No entanto, não haverá comparações com as consequências; às consequências são comuns às alternativas consideradas.

Consideramos custos todos os gastos relativos à bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços. Estão diretamente relacionados aos fatores de produção, no sentido de que só se têm custos durante a fabricação do bem ou a prestação do serviço (16), sendo: a) Os custos fixos, aqueles que não se alteram, independentemente se houver aumento ou diminuição dos produtos ou dos serviços prestados e: b) os custos variáveis àqueles que estão diretamente relacionados à quantidade da produção ou prestação de serviços (17). Assim, foi considerado que o custo despendido para a realização das ações de atenção básica em área ribeirinha é equivalente à soma entre os custos fixos e variáveis da unidade básica de saúde fluvial.

Observou-se assim, os custos da assistência em saúde para a população ribeirinha no período entre junho de 2018 a março de 2019, referente à enchente ou cheia dos rios, uma vez

que, nessa fase do ano, o acesso às comunidades ribeirinhas é mais facilitado e ocorreu maior número de viagens da equipe de saúde.

### **Análise dos Dados**

Para a realização do trabalho proposto, optou-se pela pesquisa diretamente na Prefeitura de Tefé, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados foram coletados antes de cada viagem.

O município de Tefé teve projeto da UBSF aprovada pelo Ministério da Saúde pela proposta 07807.6820001/17-015, portaria de habilitação Nº 3.070, de 17 de novembro de 2017, no valor de R\$ 1.889.450,00 (um milhão, oitocentos oitenta nove mil, quatrocentos cinquenta reais) para a construção. Esse é o valor considerado na análise.

O custo recorrente da unidade básica foi estratificado por viagens, obtendo-se assim um custo real por deslocamento em serviço, ou seja, estimativa durante cada deslocamento para atendimento, consideramos os custos com: Estrutura UBSF, Equipamento UBSF, Combustível, Gás de Cozinha, Gêneros Alimentícios, Material de Higiene e limpeza, Manutenção Embarcação, Material de Expediente, Recursos Humanos e Produtos para Saúde. O custo considerado dos salários dos profissionais que atuam na UBSF foi o bruto. Para os demais itens de custeio foram coletadas as informações diretamente na prefeitura de Tefé, por meio de uma planilha eletrônica.

A embarcação foi equipada com motores MWM TD 229-EC-6, que dispõe de um tanque de armazenamento de óleo diesel (combustível), alimentador do motor principal e auxiliares, localizado entre as cavernas<sup>3</sup> 17 e 21, com capacidade de armazenamento de aproximadamente 21.383 litros de óleo diesel.

A aquisição de equipamentos e materiais permanentes para o funcionamento e a execução das ações da UBSF foi financiada pelo Ministério da Saúde, observada a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS (Renem), considerando as especificações técnicas e a faixa de preço sugerida no Sistema de Gerenciamento de Equipamentos Médicos (SIGEM).

A UBSF de Tefé fez sua primeira viagem em 23/08/2018, após alinhamento com toda a equipe, bem como a definição de áreas de atendimento e de serviços ofertados. Todos os serviços essenciais foram disponibilizados, como: atendimentos médicos, enfermagem, pré-natal,

---

<sup>3</sup> Peças curvas que se fixam na quilha em direção perpendicular a ela e que serve para da forma ao casco e sustentar o chapeamento exterior.

vacinas, atendimento odontológico, exames laboratoriais, testes rápidos de malária, HIV e sífilis, entre outros. Outro fator determinante de cada viagem considera sempre a dinâmica das águas (18).

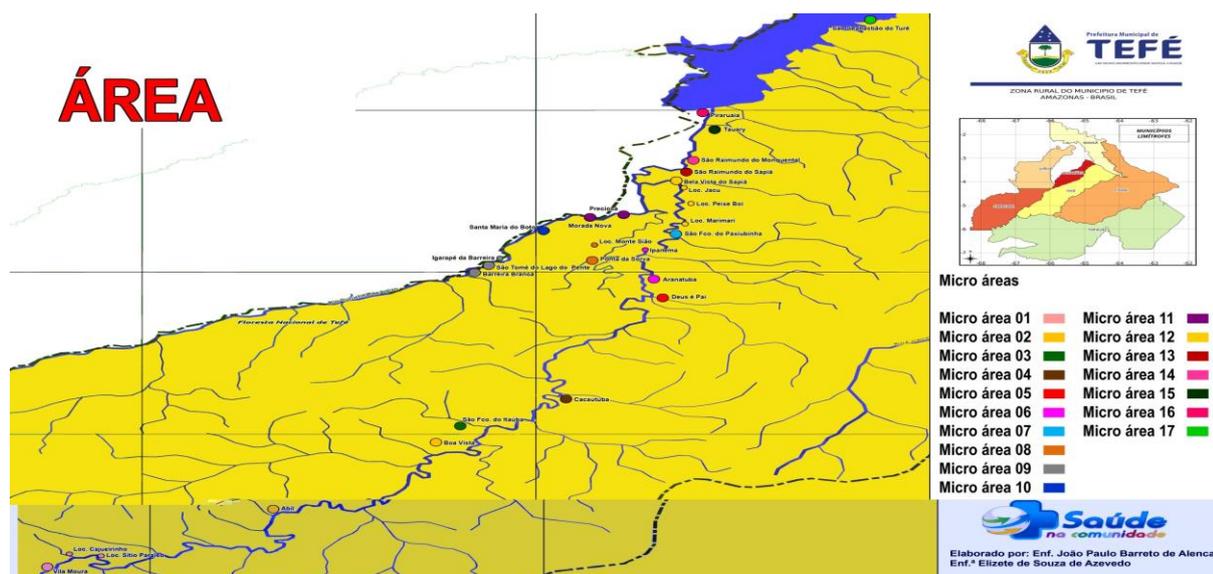
Os cálculos dos custos têm como referência a moeda brasileira (Real: R\$), por meio de planilhas Excel, do pacote Microsoft Windows. (19)

### Aspectos éticos e legais da Pesquisa

Considerando a Resolução 466/12 do CNS, a pesquisa utilizou apenas dados disponíveis para acesso público e irrestrito, ou seja, as pesquisas envolvendo apenas dados de domínio público que não identifiquem os participantes da pesquisa. Mesmo com as considerações, o estudo está inserido no projeto de pesquisa do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA intitulado “Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas”, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE: 99460918.3.0000.5020.

## RESULTADOS

A UBSF de Tefé realizou 9 (nove) viagens durante o período estudado, que foi de junho de 2018 a março de 2019, abrangendo 10 (dez) áreas atendidas, sendo: três viagens para área 10, duas para área 11, uma para 14, uma para 19 e três para 21.



**Figura 2.** Área de atuação da UBS Fluvial Vila de Ega Tefé-AM, 2020. Fonte: SEMSA de Tefé

As UBSF funcionam 20 dias por mês em área delimitada para atuação, compreendendo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação pode ficar ancorada no porto, na sede do município, para que as Equipes de Saúde da Família Fluvial (eSFF) possam fazer atividades de planejamento e educação permanente junto a outros profissionais. Neste cenário, a viagem mais longa que a UBSF realizou teve duração de 18 dias, e 8 dias de duração a viagem mais curta.

O custo total dessas viagens, conforme demonstrado na Tabela 2, foi de R\$ 761.705,87 (setecentos sessenta um mil, setecentos cinco reais e oitenta sete centavos), o que representa uma média mensal de R\$ 84.633,99 (oitenta quatro mil, seiscentos trinta três reais e noventa nove centavos).

**Tabela 2** – Custos das viagens e repasses federais, segundo as áreas ribeirinhas, Tefé-AM, 2020.

| MACRO<br>ÁREA        | LOCALIDADE                                          | DATA DE<br>VIAGEM          | CUSTO DA<br>VIAGEM    | REPASSE DO<br>FNS    |
|----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
| ÁREA 21              | RIO TEFÉ                                            | 23/06/2018 a<br>04/07/2018 | R\$ 103.920,79        | R\$ 0,00             |
| ÁREA 11              | VILA DO CAIAMBÉ/LAGO DO<br>CAIAMBÉ                  | 07/08/2018 a<br>15/08/2018 | R\$ 75.058,80         | R\$ 90.000,00        |
| ÁREA 10              | RIO SOLIMÕES, LAGO DO JUTICA,<br>CATUÁ              | 23/08/2018 a<br>07/09/2018 | R\$ 61.929,38         | R\$ 90.000,00        |
| ÁREA 21              | RIO TEFÉ                                            | 14/09/2018 a<br>02/10/2018 | R\$ 87.392,78         | R\$ 90.000,00        |
| ÁREA 10              | RIO SOLIMÕES, LAGO DO JUTICA,<br>CATUÁ              | 22/11/2018 a<br>02/12/2018 | R\$ 72.757,53         | R\$ 111.390,00       |
| ÁREA 11              | VILA DO CAIAMBÉ/LAGO DO<br>CAIAMBÉ                  | 13/12/2018 a<br>22/12/2018 | R\$ 78.281,27         | R\$ 146.558,00       |
| ÁREA 14 e<br>ÁREA 19 | ILHA DO TARARÁ, COSTA DE TEFÉ<br>e BACURI, CURUPIRA | 08/01/2019 a<br>19/01/2019 | R\$ 116.790,38        | R\$ 146.558,00       |
| ÁREA 21              | RIO TEFÉ                                            | 09/02/2019 a<br>21/02/2019 | R\$ 99.227,04         | R\$ 146.558,00       |
| ÁREA 10              | RIO SOLIMÕES, LAGO DO JUTICA,<br>CATUÁ              | 02/03/2018 a<br>12/03/2019 | R\$ 66.347,90         | R\$ 149.390,00       |
| <b>Total</b>         |                                                     |                            | <b>R\$ 761.705,87</b> | <b>R\$970.454,00</b> |

O recurso federal para custeio da UBSF está condicionado ao credenciamento e implantação de estratégias e programas. O incentivo financeiro mensal de custeio é de

R\$90.000,00 (Noventa mil reais), na modalidade com saúde bucal. Mas, conforme a Portaria de Credenciamento GM/MS N°2.145, de 17 de julho de 2018, o município credenciou com equipe ampliada, mais os pontos logístico e de apoio, no qual o valor chegou, após credenciamento e implantação, num repasse mensal de R\$149.390,00 (cento quarenta nove mil, trezentos noventa reais)

À medida que a equipe ampliada foi implantada, os valores mensais foram aumentando, chegando ao teto de R\$149.390,00 (cento quarenta nove mil, trezentos noventa reais) mensais, pelo que se estima que este seja o teto máximo que uma UBSF pode receber para custeio do Ministério da Saúde.

Considerando o gasto por viagem, que totalizaram R\$761.705,87 (setecentos sessenta um mil, setecentos cinco reais e oitenta sete centavos), e o total repassado pelo ministério da saúde para custeio, que totalizaram R\$970.454,00 (novecentos setenta mil, quatrocentos cinquenta quatro reais), houve, neste caso específico, um superávit de R\$208.748,13 (duzentos oito mil setecentos quarenta oito reais e treze centavos).

Durante o período analisado não houve registro de contrapartida de recurso de fonte municipal ou estadual, destinada ao custo recorrente para ações da unidade de saúde.

Estratificando as viagens, o custo decorrente da área 21 representou R\$290.540,61 (38,14%), seguido da área 10 com R\$201.034,81 (26,39%), área 11 com R\$153.340,07 (20,13%) e áreas 14 e 19 juntas com R\$116.790,38 (15,33%).

**Tabela 3** – Detalhamento dos custos mensurados, segundo o tipo e a natureza, na UBSF, Tefé-AM, 2020.

| <b>Componente do Custo</b>                 | <b>Tipo de Recurso</b> | <b>Natureza do Custo</b> | <b>Despesa</b>        | <b>%</b>       |
|--------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| Recursos Humanos                           | Custeio                | Fixo                     | R\$ 492.209,25        | 64,62%         |
| Insumos (Medicamentos e Químico-Cirúrgico) | Custeio                | Variável                 | R\$ 135.000,00        | 17,72%         |
| Combustível                                | Custeio                | Variável                 | R\$ 92.272,24         | 12,11%         |
| Gêneros Alimentícios                       | Custeio                | Variável                 | R\$ 30.599,22         | 4,02%          |
| Material de Expediente e Informática       | Custeio                | Variável                 | R\$ 6.257,79          | 0,82%          |
| Manutenção do UBSF                         | Custeio                | Fixo                     | R\$ 2.558,97          | 0,34%          |
| Material de Higiene e Limpeza              | Custeio                | Variável                 | R\$ 1.816,40          | 0,24%          |
| Gás de Cozinha                             | Custeio                | Variável                 | R\$ 992,00            | 0,13%          |
| <b>TOTAL</b>                               |                        |                          | <b>R\$ 761.705,87</b> | <b>100,00%</b> |

A partir da análise dos custos totais, temos uma predominância dos recursos humanos que representa 64,62%, totalizando 492.209,25 (quatrocentos noventa dois mil, duzentos nove reais e vinte cinco centavos), seguido por consumo de medicamentos com 17,72% e de combustível com 12,11%.

## DISCUSSÃO

Antes da Unidade Básica de Saúde Fluvial, há relatos de que os atendimentos clínicos na região norte eram realizados por meio de barcos saúde (20). “Toda a população que foi até o Barco-hospital recebeu atendimento clínico (nas áreas de odontologia, medicina, nutrição, farmácia e enfermagem, além de exames laboratoriais), independentemente da participação no levantamento epidemiológico” (20). As embarcações de assistências, chamados de “barcos da saúde”, remontam ao ano de 1920, usadas principalmente para executar ações de controle de malária. Na década de 80, foram fortemente usadas nas ações sanitárias (5,21). Apesar da dificuldade de encontrarmos na literatura informações acerca desse tipo de embarcação no Amazonas, sabemos que existem e há atendimento de saúde compartilhado com outras ações públicas, como educação e ação social.

Em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde. As antigas práticas mais voltadas para a doença e valorização do hospital são substituídas por novos princípios, com o foco na promoção da saúde e na participação da comunidade (22). Com a revisão da PNAB 2011 (4), em 2012 começaram a pensar neste novo arranjo organizacional, ou seja, uma lacuna de 18 anos para criação da estratégia da saúde ribeirinha e fluvial, criando um laço forte de interação entre a equipe e a população assistida que, ao final do atendimento, é presenteada com produtos cultivados ou produzidos pelos ribeirinhos (5).

O acesso dessa população aos serviços em saúde (23) é outro limitador quando se trata das populações ribeirinhas. Estudos indicam uma forte dependência dessa população aos serviços públicos de saúde. Além de enfrentar iniquidades de acesso geográfico, esses territórios contam com poucos profissionais e com a precariedade da rede física de saúde. Estudos sobre acesso na região da Amazônia Legal (23), demonstram a baixa presença do governo federal, citando descontinuidade e falta de sensibilidade a essas especificidades, bem evidentes na região norte

(5). A atenção básica no Brasil, a partir de 2012, começou a oferecer novos arranjos e estratégias para incluir populações historicamente excluídas, que quando atendidas, eram de forma esporádica. Com a criação da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e posteriormente a Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), essa população de extrema vulnerabilidade começou a receber atendimento assistencial, promoção e prevenção (5).

A primeira consideração mais geral dos resultados diz respeito ao custo total das viagens da UBSF, que geraram um valor total de R\$ 761.705,87 reais (setecentos e sessenta e um mil, setecentos e cinco reais e oitenta e sete centavos), durante o período analisado, com custo médio mensal de R\$ 84.633,99 (oitenta quatro mil, seiscentas trinta três reais e noventa nove centavos). Os maiores custos foram relacionados com recursos humanos (64,62%), insumos para as ações de saúde (17,72%), combustível (12,11%) e os demais totalizaram (5,54%).

Notamos que um bom planejamento é fundamental quando se trata do contexto amazônico (24), pois não existe a possibilidade de retorno da embarcação por falha de planejamento. Isso implica num custo de deslocamento extra que inviabiliza essa opção. Relatos de equipes ribeirinhas em Rondônia indicam um isolamento total, com lugares sem acesso a qualquer tipo de comunicação e distância entre as residências, superior a 2000 metros (25). Devido às peculiaridades da região amazônica, como o imenso “território líquido” (4), o planejamento precisa ser coletivo, com uma construção multiprofissional onde os acertos e erros serão levados em consideração para próximas viagens.

Observando que no âmbito da Amazônia, consideramos que uma terminologia adequada para compreender a especificidade da região seria “território líquido” (26,27). Trata-se de uma expressão que traduz uma particularidade da Amazônia, no sentido de que é necessário considerar os lagos, os igarapés e outros ecossistemas, além das margens dos rios, onde os povos habitam, e por sua vez, também devem ser considerados como ribeirinhos (2,28,5). Sobretudo, numa região com especificidades singulares, um território líquido que se transforma conforme o nível das águas, modificando todo o processo de organização de vida da população ribeirinha (29). Esse território líquido demonstrou a necessidade de ressignificar o SUS na Amazônia, pois traz impacto direto nas condições de saúde das populações (28).

Neste mesmo sentido, o território líquido (28,5), além da grande imensidão de rios, igarapés, furos e lagos, há o obstáculo natural de "cheia" e da "vazante", que transforma uma viagem que antes durava horas, em dias (30). Toda a cadeia produtiva sofre com a escassez dos produtos básicos, aumentando significativamente todos os insumos. O período de seca não afeta

somente as relações econômicas **(31)**, mas todos os serviços públicos, além de representar um grande problema de saúde pública, quase que completamente ignorado pelo Estado.

Os achados da pesquisa demonstram um custo médio bruto de R\$123.052,31mil da equipe saúde da família fluvial, o que é bem superior ao valor médio nacional das equipes de saúde da família tradicional, que ficou em R\$18 mil reais sem encargos e aproximadamente R\$ 24,4 mil com os encargos trabalhistas para as ESF, segundo uma pesquisa do IPEA **(32)**, no ano de 2013. Este mesmo estudo demonstrou que das cinco regiões do Brasil analisadas, centro-oeste ficou com a maior média, a saber, R\$ 25,6 mil por ESF.

Em outra comparação, o gasto médio mensal identificado neste estudo é bem superior ao gasto médio de uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF) de um município da Bahia, que foi de R\$ 17.302/unidade/mês em 2005. Naquele período, o financiamento do governo federal era de R\$ 2.834/unidade/mês, mostrando que houve um subfinanciamento por parte do governo federal **(33)**.

Com relação aos insumos, como medicamentos, material odontológico. laboratorial e Químico-Cirúrgico para desenvolvimento das ações, estes representaram 17,72% do valor total. Uma média de R\$33.750,00 por viagens neste período, isso para uma população estimada em 2.051 habitantes, que compreende a área de atuação da Unidade Fluvial. Comparando com outro estudo realizado numa cidade do Rio Grande do Norte **(34)**, uma UBS, com duas equipes saúde da família, gastou R\$ 23.833,00 com medicamentos e material médico hospitalar, para uma população adstrita de 9.780 pessoas.

Ainda sobre o custo do medicamento, conforme observado na tabela 3, o gasto com medicamentos, nas nove viagens realizadas pela UBSF, totalizou um custo de R\$135.00,00 mil. Um trabalho realizado em 2007, na cidade de Fortaleza **(35)**, na IV Secretaria Executivo Regional, apontou que as unidades básicas com os três maiores gastos com medicamento, totalizaram: a primeira com R\$135.283,36, seguindo por R\$129.813,82 e a terceira com R\$129.258,59. Neste cenário, percebe-se que havia uma grande demanda reprimida, ocasionada pela ausência de serviços em saúde, na área ribeirinha da cidade de Tefé.

Não obstante, o presente estudo possibilitou verificar, conforme consta da tabela 2, que a área 21 apresentou os maiores gastos, sendo R\$ 290.540, 61 (duzentos noventa mil, quinhentos quarenta reais e sessenta um centavo), e a que o menor gastou foi às viagens realizadas para as áreas 14 e 19, perfazendo um total de R\$ 116.790,38 (cento dezesseis mil, setecentos noventa reais e trinta oito centavos). Portanto, o estudo demonstra que em todas as viagens o custo altera, considerando também o retornar em mesma macro aérea.

Seguindo com a análise das informações contidas na Tabela 2, temos os custos com alimentação da equipe da UBSF durante todas as viagens realizadas, totalizando R\$30.599,22 mil, ou seja, representa 4,02% do total. Considerando um estudo de custos do Programa Saúde da Família de um Município da Paraíba (ano 2005-2006) (36), sendo considerada as 19 (dezenove) equipes do PSF existentes, temos um valor de R\$40.800,00 e R\$69.600,00 mil para ano de 2005 e 2006 respectivamente, e em termos percentuais, temos 2,24% e 3,72% do total. Logo, ao se comparar esses dados, temos um dos custos amazônicos, os valores dos alimentos, pois apenas uma ESFF equivale aproximadamente a dezenove ESF numa região do nordeste.

O Ministério da Saúde consolida-se como principal agente financiador da UBSF/eSFF. Neste caso específico da unidade básica fluvial Vila de Ega, os custos de viagens comparadas ao recurso repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para custeio das ações (37,38) foi suficiente para atender as necessidades das atividades assistenciais, gerando um superávit de R\$208.748,13 mil. Vale ressaltar que as viagens foram feitas no período de cheia. No período da seca, vazante dos rios, há a necessidade de maiores gastos devido ao aumento das distâncias, maior consumo de combustível, utilização de lanchas de apoio, maior tempo de deslocamento da viagem, além de aumento da manutenção dos equipamentos da embarcação.

É notório que o estudo evidenciou os custos em saúde de uma UBSF no período de cheia, necessitando ainda de complementações, especificamente incorporando o período sazonal das secas dos rios para concluir um ciclo anual de cuidados primários em saúde. Novos programas ou novos arranjos devem adaptar-se às características regionais e considerar a cultura e saberes existentes neste território singular (39), além dos custos para operacionalizar as ações de saúde.

Algumas limitações do estudo e resultados merecem ser mencionados, como ausência de um controle informatizado de compras, estoques e almoxarifado, tornando o gerenciamento mais preciso e informações de gastos por centro de custos.

Destaca-se ainda o fato da pesquisa ser um estudo de caso único, não permitindo comparações com outras unidades fluviais, e tendo comparações somente com unidades básicas tradicionais. Com relação ao resultado, neste primeiro estudo somente foram mensurados os custos fixo e variável. Portanto, não têm por objetivo apresentar um método de custeio.

Com isso, o estudo apresentou os custos da UBS Fluvial, bem como que os repasses federais representam montante significativo de recursos que apoiam os municípios amazônicos a realizarem a atenção básica ribeirinha, durante o período do estudo. Porém, há de se considerar que o regime sazonal dos rios pode determinar a variação dos custos variáveis para a manutenção das viagens, uma vez que quanto mais dias de viagens, conforme acontece no período de seca,

mais pode haver o aumento gradual dos gastos da UBSF. Embora os resultados da pesquisa tenham apontado para evidências no âmbito da contabilidade de custos e também da economia da saúde, sugere-se avançar com novos estudos que estimem o custo-efetividade e o **custo-eficiência** do modelo das unidades básicas de saúde fluviais, buscando essa coexistência de compreender o território líquido para estimar o custo amazônico das políticas públicas de saúde.

### **Agradecimentos**

Os autores agradece a Secretaria Municipal de Tefé – AM, em nome da Gestora Maria Adriana Moreira, pela parceria no desenvolvimento da pesquisa. Ao Fundo de Amparo a Pesquisa do Amazonas - FAPEAM, ao LAHPISA/ILMD/FIOCRUZ AM nas pessoas de Júlio Cesar Schweickardt e Michele Rocha El Kadri pelo apoio no desenvolvimento do estudo.

### **REFERÊNCIAS DO ARTIGO**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 2017.
2. Lima, RTDS., Fernandes, TG, Balieiro, AADS., Costa, FDS., Schramm, JMDA., Schweickardt, JC, & Ferla, AA. (2016). A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2685-2696. 3.
3. Schweickardt, JC; Martins, L. História das Políticas Públicas de Saúde no Amazonas: da Zona Franca ao SUS, 1967 – 1990. In: Schweickardt, J.C.; Ferla, A.; Lima, R.T.S.; Kadri, M.R. História e Política de Saúde na Amazônia. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
4. Lima, RTS; Fernandes, TG, Martins, PJ, Portela, C. S., Dos Santos Junior, JDO., Schweickardt, JC. “Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas”. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2021/Fev). [Citado em 26/05/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-em-vista-uma-analise-da-atencao-primaria-a-saude-em-areas-ribeirinhas-e-rurais-amazonicas/17943?id=17943> . Acessado em 26/05/2021.
5. Kadri, MRE; Santos, BSD, Lima, RTS, Schweickardt, JC., & Martins ARTINS, FM. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180613.
6. Silva, EN da; Silva , MT; Pereira, MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 205-207, 2016.

7. Sancho, LG, & Dain, S. (2012). Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 765-774.
8. Ugá, MAD. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. 1995.
9. Deslandes, SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro vol.13, no.1, p.103-107, jan./mar. 1997
10. Castro, ALB de; Machado, CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de saúde pública*, v. 26, p. 693-705, 2010.
11. Mendes, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.
12. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010).
13. Lourenço, Ó, & Silva, V. (2008). Avaliação econômica de programas de saúde-Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(6), 729-52.
14. IBGE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tefe/panorama>. Acessado em 26/02/2021, as 13:49h
15. Plano Municipal De Saúde De Tefé - (2018 a 2021).
16. Bruni, AL.; Famá, R. Gestão de custos e formação de preços. São Paulo: Atlas, 2002.
17. Maher, M.; Contabilidade de custos. 5º Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.
18. Contandriopoulos, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.
19. Santos, SM. D, Amorim, F., Ferreira, IDA, Coelho, GE, Itria, A, Siqueira Junior, J B, & Toscano, CM (2015). Estimativa de custos diretos do Programa Municipal de Controle da Dengue de Goiânia-GO. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(4), 661-670.
20. Silva, RHAD, Castro, RFMD., Cunha, DCS., Almeida, CT D., Bastos, J R D. M., & Camargo, LM.A. (2008). Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2347-2353.
21. Kadri, MR. Território e Políticas de Saúde na Amazônia: diálogo necessário. In: Debate no Seminário Internacional de Determinantes Sociais da Saúde; 2 a 5 de outubro 2017; Manaus. Manaus: Fiocruz Amazônia; 2017.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso

em 29/maio/2021. Disponível  
em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_acs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf)

23. Garnelo, L., Lima, JG, Rocha, ESC, & Herkrath, FJ. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 42, 81-99.

24. Da Silva Reis, MH, Portugal, JKA, Mariño, JM, Da Silva Barros, W, De Souza Dantas, J., De Souza, TTG., ... & De Freitas, DLA. (2020). O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (53), e3631-e3631.

25. Franco, EC, Santo, CDE., Arakawa, AM, Xavier, A., França, MDL., Oliveira, AND., . & Caldana, MDL. (2015). Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. *Revista CEFAC*, 17(5), 1521-1530.

26. Scheweickardt, JC. Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. Em R. CECCIM, In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede - Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde (pp. 101-132). Porto Alegre: Rede Unida. 2016.

27. Kadri MR, Scheweickardt, JC, Farias LNG, Lima RTS., Wilson DR, Linn JG. *et al.*, The Igarapé fluvial mobile clinic: lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *Int J Nurs Midwifery*. 2017; 9(4):41-5.

28. Lima, RTS.; Heufemann, NEC.; Simoes, AL.; Aires, VP. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio Worttrich; Lucenira Luciane Kessier. (Org.). *Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v.2, p. 269-294.4.

29. Scheweickardt, JC, Lima, RTDS, Ceccim, RB, Ferla, AA, & Chaves, SE. (2015). Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas.

30. Fernandes, A. 2001. Terra Verde. Manaus: Editora do Governo do Estado.

31. Araújo, L, 2001. Amazônia – A Terra e o Homem, Manaus: Editora do Governo do Estado.

32. Vieira, RS; Servo, LMS. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). 2013.

33. Rosa MRR; Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciências & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1863-1873.

34. Da Rocha CD., Soares, FC, Dantas, MGDS., & de Oliveira, R. M. A. (2017, November). Análise da eficiência do gasto público nas unidades básicas de saúde do município de Parnamirim/RN. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.

35. Chaves, EDS. (2009). Gastos com medicamentos distribuídos em Atenção Primária de Saúde em Fortaleza-Ce e co-fatores influentes do ano de 2007.
36. De Sousa Barbosa, E., de Freitas Rêgo, T., & Rezende, ICC. (2008). O custo do Programa de Saúde a Família: um estudo de caso no Município de Sapé/PB. In *Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC*.
- 37 BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias Nº 1.229, de 06 de junho de 2014.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias Nº 3.127, de 18 de novembro de 2020.
39. De Sena Couto, RC. (2021). Saúde e ambiente na Amazônia brasileira. *Novos Cadernos NAEA*, 23(3).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Seguramente, a pesquisa demonstrou os custos das viagens da unidade básica de saúde fluvial, e apesar da limitação temporal, já que não foi realizada dentro de um ciclo completo dos rios no Amazonas. Também comprovou que o recurso federal atende, em parte, as peculiaridades do estado.

O estudo demonstrou ainda que, em média, os custos das viagens foram de R\$84 mil, considerando somente o período analisado. A pesquisa aponta que os recursos humanos e a logística demandam mais de 76% dos custos das viagens analisadas.

Há ainda a necessidade de analisar as viagens no ciclo completo das águas (cheia e vazante), uma vez que cada período certamente tem suas especificidades, podendo demandar mais gastos devido às distâncias, as barreiras naturais que surgirão, o aumento no tempo de jornada e conseqüentemente maior demanda de combustível. Temos ouvido dos gestores municipais o impedimento de viagens ou dificuldades no período de estiagem. Temos conhecimento dessa impossibilidade da UBSF em fazer viagens no período mais crítico da seca. Há a necessidade de investigar como ficam os custos e a produção nesse intervalo.

O objetivo da pesquisa de estimativas foi alcançado. Os custos foram estratificados por tipos de recursos e natureza dos custos, conforme demonstrado nos achados. Os componentes dos custos analisados foram mensurados em moeda corrente e exemplificados percentualmente e quanto cada componente representa do valor total.

A avaliação econômica em saúde no contexto amazônico, principalmente em serviços oferecidos no interior do estado, será uma demanda que precisa cada vez mais ser explorada, uma vez que há carência de estudos nessa área. Partindo deste trabalho, já é possível encontrar um pressuposto teórico-metodológico para subsidiar novos estudos em saúde coletiva na região amazônica.

A pesquisa traz um ineditismo (BICAS, 2008 e MIGLIOLI,2012) quanto ao tema explorado. Já existem trabalhos que exploram a temática dos serviços em saúde, a saber, os estudos acerca da eSFR, mas, talvez pela falta de pressupostos metodológicos, nunca houve uma avaliação de custo dos serviços prestados. As pesquisas ficam restritas à parte assistencial, deixando essa lacuna de quanto realmente é o custo do “fator amazônico”.

Importante destacar que o estudo trouxe outro elemento ainda pouco conhecido fora do eixo norte. O “território líquido” abordado por pesquisadores do norte constata que as atividades diárias das equipes de saúde são influenciadas pelo ciclo das águas. Esse território e suas especificidades impactam nas condições de saúde da população ribeirinha, que são influenciadas por diversos fatores, seja pelos fluxos das águas ou pelas barreiras de acesso dos próprios serviços. Narram que o território líquido não consiste em delimitar o espaço, mas sim a ligação entre pessoas, serviços e instituições (SCHWEICKARDT et al, 2016 e LIMA et al, 2016).

O estudo também demonstra que a unidade básica fluvial está adequada às necessidades de saúde da população no contexto Amazônico, pois levou, no período de nove meses, seus serviços de atenção primária às mais dispersas comunidades, proporcionando assistência médica, de enfermagem, odontológica, vacinas, pré-natal, ações coletivas e individuais, além de promoção e prevenção em saúde.

No entanto, devido à especificidade da região, território e de cada município, esse estudo limita-se à unidade básica fluvial do município de Tefé – AM, pois pela singularidade de cada município os custos da UBSF certamente são diferentes em cada cidade.

Finalmente, podemos comprovar que os objetivos do estudo foram alcançados, respondendo as perguntas. Que essa pesquisa seja o início de muitos outros estudos econômicos, avançando assim nessa temática, com a consequente superação das lacunas existentes no que tange ao tema, especificamente acerca de custo-efetividade, custo-utilidade ou custo-benefício.

## 8. REFERÊNCIAS GERAIS (DA DISSERTAÇÃO)

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.spe, pp.182-194.

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 319-325, 2011.

ANDERSON MIP, Armadillo MLR, Días NT, Fuentes SC. Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;12(1):4–30.

ANDERSON, Rob. Systematic reviews of economic evaluations: utility or futility?. *Health economics*, v. 19, n. 3, p. 350-364, 2010.

BICAS, H. E. (2008). Ineditismo, originalidade, importância, publicidade, interesse e impacto de artigos científicos. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*, 71(4), 473-474.

BORNIA, Antônio Cezar. *Análise gerencial de custos: aplicação em empresas modernas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BOGÉA, Eliana; NASCIMENTO, Paulo; BASTOS, Rodolpho Zahluth. DE BUBUIA NO CUSTO AMAZÔNICO: CENAS DE POLÍTICAS DE CULTURA DO BRASIL. *Passages de Paris* 11 (2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. “Projeto Economia da Saúde – PES: Reforçando Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades.” (2002-2005) Relatório de Atividades / Organizadores: Angela Márcia Loureiro Perocco, Armando Martinho Bardou Raggio ; Solon Magalhães Vianna. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.145, de 17 de julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, 09 de maio de 2014.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portarias Nº 1.229, de 06 de junho de 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portarias Nº 2.490, de 21 de outubro de 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portarias Nº 3.127, de 18 de novembro de 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Diretriz de Avaliação Econômica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de saúde pública*, v. 26, p. 693-705, 2010.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.
- DA ROCHA, Andreia Ferreira. *Análise Económica de Custo-Utilidade aplicada ao tratamento cirúrgico da Hipertrofia Mamária*. 2013.
- DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Ipea, 2002.
- DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro vol.13, no.1, p.103-107, jan./mar. 1997.
- DRUMOND MF, Stoddart GL. Principles of economic evaluation of health programmes. *Wid hith statist quart*. 1985; 38:355-367.
- DUARTE, M. Y. M. Estudo de caso. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (orgs). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2006.
- DUTRA, René Gomes. *Custos*, 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- FARIA, Rivaldo Mauro. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Raega-O Espaço Geográfico em Análise*, v. 38, p. 291-320, 2016.
- FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. *O território e o processo saúde -doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- GARNELO, Luiza, et al. "Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil." *Saúde em Debate* 42 (2018): 81-99.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. D. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, 2003.

GOLD, M. R. et al. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.

GOMES, Alberto Albuquerque. Estudo de caso-Planejamento e métodos. *Nuances: estudos sobre Educação*, v. 15, n. 16, 2008.

GOODE, W.J.; HATT, P.K. (1979). *Métodos em pesquisa social*. São Paulo: Nacional.

HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (Orgs.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, p. 87- 120, 2005.

HARTZ, ZMA., org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HARZHEIM E. Redes de Atenção à Saúde: Desafios e contribuições. Mesa Redonda. 1º Encontro da Regulação do Acesso e Coordenação do Cuidado da Grande Florianópolis. Florianópolis, SC, 5 nov 2018.

JERICO, M. D. C. Aplicação do custeio baseado em atividades em centro de material esterilizado. 2008. 197 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

KADRI MR, Santos B, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. *Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil*. Interface (Botucatu). 2019;

KADRI, Michele Rocha, WILSON, Debra Rose, SCHWEICKARDT, Julio Cesar, LINN, James G, FARIAS Lisandra N. Guimarães, MOREIRA, Adriana e LIMA, Rodrigo Tobias. "Clínica móvel fluvial de Igarauçu: Lições aprendidas ao implementar uma abordagem inovadora de atenção primária na Amazônia rural, Brasil." *Revista Internacional de Enfermagem e Obstetrícia* 9, no. 4 (2017): 41-45.

KEMPER, Elisandrea Sguario et al. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Acessado 27 Abril 2021]

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, R. T. D. S., Fernandes, T. G., Balieiro, A. A. D. S., Costa, F. D. S., Schramm, J. M. D. A., Schweickardt, J. C., & Ferla, A. A. (2016). A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2685-2696.

LIMA, R. T. S.; HEUFEMANN, N. E. C.; SIMOES, A. L.; AIRES, V. P. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: Ricardo Burg Ceccim; Juliano André Kreutz; Jaqueline Dinorá Paiva de Campos; Fernanda Steffen Culau; Laura Anelise Faccio Worttrich; Lucenira Luciane Kessler. (Org.). Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, v.2, p. 269-294.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa, Fernandes, T. G., Martins, P. J., Portela, C. S., dos Santos Junior, J. D. O., Schweickardt, J. C.. "Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas". Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Fev). [Citado em 26/05/2021]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-em-vista-uma-analise-da-atencao-primaria-a-saude-em-areas-ribeirinhas-e-rurais-amazonicas/17943?id=17943>. Acesso em 26/05/2021.

LOURENÇO, Óscar; SILVA, Vladimiro. Avaliação económica de programas de saúde - Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 729-52, nov. 2008. ISSN 2182-5181. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10572>>. Acesso em: 03 de março 2021.

MADUREIRA, P. R.; DE CAPITANI, E. M.; CAMPOS, G. W. D. S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 45-59, 1989.

MAHER, Michael; Contabilidade de custos. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

MARTINS, Eliseu. Contabilidade de custos. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, Eliseu. Contabilidade de custos. 9a. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conass; 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MERHY, E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação Em Saúde Para Debate, n. 52, p. 153-164. Rio de Janeiro, out. 2014.

MIGLIOLI, S. (2012). Originalidade e ineditismo como requisitos de submissão aos periódicos científicos em Ciência da Informação| Original and unpublished: requirements for article submission to Information Science scientific journals. Liinc, 8(2).

MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al. "Métodos, técnicas e relações em triangulação." Editora Fiocruz, 2005.

MORAZ, Gabriele et al. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3211-3229, 2015.

NUNES, Jonny Beatto; DA MATTA, Isabela Braga. Os efeitos da implementação da estratégia da saúde da família (ESF) na cidade de Sant'Ana do Livramento-RS. *Revista Estratégia e Desenvolvimento*, v. 4, n. 2, 2020.

OLIVEIRA, Michele Lessa de, Santos, Leonor Maria Pacheco e Silva, Everton Nunes da Bases metodológicas para estudos de custos da doença no Brasil 1 Artigo baseado na tese de ML OLIVEIRA, Michele Lessa de. "Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil". Universidade de Brasília; 2013. *Revista de Nutrição* [online]. 2014, v. 27, n. 5 [Acessado 12 de janeiro de 2021], pp. 585-595. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-52732014000500007>>. ISSN 1678-9865. <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000500007>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington:OPS; 2007.

PALMER, S.; RAFTERY, J. Opportunity cost. *British Medical Journal*, London, v. 318, p. 1551-1552, 1999. Pearson Prentice Hall, 2007.

POLANCZYK, C. A.; FERREIRA-DA-SILVA, A. L. F. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial: custo-efetividade. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; NOBRE, F. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PORTELA, Ana Paula de Carvalho. O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas. 2017. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.

RAFFESTIN, C. *Por uma geografia do poder*. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

ROCHA FILHO, F. D. S.; SILVA, M. G. C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, mai/jun 2009.

RUBIO CEBRIÁN, Santiago. *Glosario de economía de la salud (y disciplinas afines)*. Ediciones Díaz de Santos, 1995.

SANTOS, Sandra Maria dos et al. Estimativa de custos diretos do Programa Municipal de Controle da Dengue de Goiânia-GO. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 661-670, 2015.

SCHÄFER, Willemijn LA et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care*, v. 21, n. 2, p. 67-79, 2013.

SCHWEICKARDT, JC; EL KADRI, MR; LIMA, RTS, organizadores. *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. Série Saúde & Amazônia. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019.

SCHEWEICKARDT, J. Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. Em R. CECCIM, *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em*

rede - Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde (pp. 101-132). Porto Alegre: Rede Unida. 2016.

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

SCHWEICKARDT, Julio César et al. O “Programa Mais Médicos” e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. Saúde em Redes. Porto Alegre. Vol. 2, n. 3 (2016), p. 328-341, 2016.

SILVA EN, Galvão TF, Pereira MG, Silva MT. Estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde: roteiro para análise crítica. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(3):219–27.

SILVA, Everton Nunes da; SILVA, Marcus Tolentino; PEREIRA, Maurício Gomes. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 205-207, 2016.

SILVA, Everton Nunes da, Silva, Marcus Tolentino e Pereira, Maurício Gomes Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2016, v. 25, n. 1 [Acessado 16 fevereiro 2021] , pp. 205-207. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100023>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100023>

SOUZA, E. A. & PEDON, N. R. Território e Identidade. Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros – Seção Três Lagoas. Três Lagoas, v. 1, n.º 6, ano 4, nov. 2007.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.) Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005, p 77–116.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, Renato et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, p. 2021-2030, 2019.

TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Publica. 2004;

UGÁ, Maria Alcía et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 417-437, 2003.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. 1995.

VANDERLEI, Lygia Carmen de Moraes; NAVARRETE, Maria Luisa Vazquez. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 379-389, 2013.

VIEIRA, Roberta da Silva; SERVO, Luciana Mendes Santos. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). 2013.

WERNKE, Rodney. *Gestão de custos: uma abordagem prática*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

WHO (World Health Organization), 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR.

YIN, Robert K. *Pesquisa estudo de caso-desenho e métodos*. Porto Alegre: Bookman, v. 6, p. 2008-2013, 1994.

YIN, Robert K.; DE CASO, Estudo. *Planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi, v. 2, 2001.

## APÊNDICE A – Parecer consubstanciado do comitê de ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Acesso da População Ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas.

**Pesquisador:** Júlio Cesar Schweickardt

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 99460918.3.0000.5020

**Instituição Proponente:** CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.982.202

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador responsável:

O objetivo da presente pesquisa é analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas tendo em vista o fortalecimento do sistema de saúde através da inclusão e da continuidade dessa população aos serviços de saúde. As políticas de saúde têm maior eficácia quando estão mais próximas da realidade das pessoas e os modos de vida no território para proporcionar acesso e qualidade na atenção. Adotamos a categoria de território líquido para retratar a realidade do território de várzea e das áreas que sofrem com o ciclo das águas, pelo fenômeno de seca e cheia e que impactam diretamente nas condições de vida e de saúde das populações ribeirinhas. As características do território estão diretamente relacionadas com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, exigindo formas de acolhimento diferenciadas, oferta de serviços qualificadas e disponibilidade de profissionais ampliadas. A metodologia de pesquisa tem como cenário da pesquisa o Estado do Amazonas, especificamente as regiões de saúde do Triângulo (Médio rio Solimões) e Baixo rio Amazonas. Buscaremos analisar os principais desafios relacionados ao acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência (RUE) nessas regiões. Descrevemos a estrutura da Rede e serviços de saúde, buscando compreender a dinâmica das equipes de saúde, especificamente as equipes ribeirinhas e fluviais para analisarmos como os serviços impactam no acesso das pessoas aos serviços da RUE. A Rede de Urgência e Emergência necessita criar estratégias, juntamente com a Atenção Básica, de prevenção, promoção

**Endereço:** Rua Teresina, 495

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

e educação em saúde para melhorar a resolutividade das políticas de saúde em relação ao uso dos usuários desse território à RUE. Assim, para além de protocolos de assistência, é necessário discutir as formas de fazer saúde nesse território com tecnologias que valorizem os modos de vida e a realidade do território. Por fim, buscaremos analisar as dificuldades de acesso por parte da população, acompanhando, através da metodologia de usuário-guia, as pessoas que utilizam a RUE, identificando os fluxos através de suas redes e suas estratégias de buscar a saúde. Estamos propondo uma cartografia dos fluxos para melhor compreender o território e as formas de acesso produzidas tanto pela comunidade como pelos serviços. Desse modo, os sujeitos da pesquisa serão os gestores da saúde (secretário municipal de saúde, coordenador da Atenção Básica, Diretores de Hospitais), profissionais de equipe fluviais e ribeirinhas de saúde e usuários da RUE. O projeto tem como pressuposto a pesquisa compartilhada no diálogo com gestores, trabalhadores e pesquisadores, na tentativa de envolvimento e produção conjunta do processo de conhecimento para identificar as possíveis intervenções nas políticas para esse território específico da região. Os resultados da pesquisa são diretamente aplicados ao SUS com a contribuição na elaboração e no aprimoramento das políticas públicas para esse contexto específico, buscando produzir mais acesso e atenção com qualidade para a população ribeirinha da região Amazônica.

**Metodologia Proposta:**

Estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa para análise do acesso da população ribeirinha à RUE no Amazonas, com ênfase no estudo de 2 regiões de saúde. Os dados quantitativos serão pesquisados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, IBGE, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). Os dados qualitativos serão coletados nos 11 municípios selecionados pela amostra de conveniência nos hospitais regionais e municipais e respectivas regiões ribeirinhas. A pesquisa será realizada nos municípios de 2 regiões de Saúde do Amazonas: região do Triângulo – Tefé (município referência, Alvarães, Juruá e Japurá e Baixo Rio Amazonas – Parintins (município referência), Maués, Boa Vista do Ramos, Nhamundá, Barreirinha. Os sujeitos de pesquisa serão os seguintes: 09 secretários de saúde, 09 coordenadores da Atenção Básica, 09 Diretores de Hospitais; 60 trabalhadores das equipes das UBS-fluviais e 50 trabalhadores das equipes ribeirinhas; 18 usuários das regiões ribeirinhas dos municípios que acessam a Rede de Urgência e Emergência, que serão selecionados a partir das informações dos hospitais regionais

e municipais e pelas equipes de saúde fluviais/ribeirinhas. Coleta de Dados Primários Para analisar a capacidade instalada das UBS e sua relação com a RUE faremos entrevistas com os gestores municipais, além de observação de campo em algumas das unidades identificadas pelos gestores.

Para o mapeamento do fluxo da população no acesso da RUE faremos entrevistas com usuários e

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

gestores para identificar os caminhos que os usuários percorrem e os modos como acessam os serviços da média complexidade, através da metodologia do usuário-guia. Posteriormente realizaremos uma cartografia dos fluxos, georreferenciando os pontos acessados. Para analisar a micropolítica da gestão do trabalho realizaremos estudos de caso, ao menos 1 equipe por município, utilizando roteiro semi-estruturado de entrevista com os profissionais desses territórios, incluindo equipes fluviais e de saúde ribeirinha. A coleta dos dados primários será realizada a partir do sexto mês ao décimo oitavo mês. Aplicaremos os instrumentos com os gestores e com as equipes de saúde.

**Critério de Inclusão:**

- Para profissionais: 1. Que atuem no Sistema Único de Saúde; 2. Que estejam atuando no município no período de no mínimo de um ano.
- Para os gestores municipais: 1. Que estejam atuando como secretário municipal, coordenador da Atenção Básica e/ou Direção dos hospitais dos municípios da amostra.
- Para os usuários: 1. Que seja maior de 18 anos de idade; 2. Que more em área ribeirinha dos municípios; 3. Que seja usuário do SUS.

**Critério de Exclusão:**

- Profissionais de saúde e/ou gestores que estejam gozando de licença ou afastamento do cargo no período da pesquisa de campo ou que se recusarem a participar da pesquisa.
- Usuários menores de idade, indígenas, residentes fora do município ou na zona urbana e/ou que se recusarem a participar da pesquisa.

A descrição do perfil sócio-econômico será realizada a partir da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio -PNAD; sobre o e epidemiológico dos municípios pesquisadores nos bancos dos sistemas de informação: E-SUS, Assistência Médica Sanitária -AMS, Vigilância Epidemiológica do Estado do Amazonas – FVS. Sobre as informações de internações hospitalares utilizaremos os seguintes sistemas: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Internação Ambulatorial - SIA, Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Sobre a descrição da rede de saúde do município e os profissionais de saúde será utilizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Tamanho da Amostra no Brasil: 155

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

#### Metodologia de Análise de Dados:

A análise estatística dos dados secundários será realizada através da montagem de um banco de dados no Programa Excel do pacote da Microsoft versão 8.0, e submetido a análise no programa estatístico "R". A análise estatística descritiva basear-se-á em cálculo de proporções, utilizando como parâmetro o intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado para todos os testes será de 5%. As variáveis serão do tipo fechado, serão transformadas em categorias. Deste modo, o resultado final será uma tabela de contingência k variada, provavelmente esparsa. Utilizando a técnica de modelos de grafos log lineares, poderemos estudar a força de interação entre as variáveis envolvidas, estimando suas dependências condicionais. A análise dos dados qualitativos será através da transcrição da gravação das entrevistas na íntegra, e posterior análise de conteúdo (Bardin, 1995; Minayo, 1999) optando-se pela técnica de análise temática, seguindo as etapas propostas por Bardin (1995) de transcrição, leitura de profundidade, interpretação, categorização dos temas, considerando repetição e relevância. Para a organização da bibliografia e demais referências bem como a transcrição e análise dos dados, trabalharemos com o software MAXQDA. Trata-se de um software que viabiliza positivamente as análises qualitativas, principalmente no levantamento das categorias. Essas categorias serão criadas a partir de um grupo de dados que levantaremos tanto com gestores como com as equipes e usuários.

Coleta e análise de dados secundários prevista para 07/01/2019 a 30/09/2019.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência em duas regiões de saúde no Estado do Amazonas.

##### Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil epidemiológico das regiões de saúde do Triângulo (Médio rio Solimões) e Baixo rio Amazonas;
2. Descrever a rede de saúde e a distribuição das equipes de profissionais dos municípios nas duas regiões analisadas;
3. Analisar a capacidade instalada das urgências básica na atenção à saúde dos municípios;
4. Mapear os fluxos da população ribeirinha no uso da Rede de Urgência e Emergência;
5. Analisar a micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado das equipes de saúde ribeirinha e

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

fluvial na relação com a Urgência e Emergência.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador, nesta resposta:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e na existência dos mesmos, seja de ordem emocional, psicológica ou moral, prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela restada para atender complicações e danos. E se comprovado que o participante da pesquisa sofreu qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa a instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa, ou seja, os participantes estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa." (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Vale destacar, ainda que existem garantia de ressarcimento e o modo como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salieta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). Para tanto, o principal benefício da pesquisa será contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde ribeirinha nos municípios do interior do Amazonas. Benefícios: Organizando seus conhecimentos através das entrevistas, criar-se-á um espaço propício à reflexão dos sujeitos acerca dos processos de trabalho da referência-contrarreferência da atenção básica e rede de urgência e emergência, o que poderá contribuir para a melhoria do fluxo dos pacientes e impactando na qualidade de saúde da população.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de resposta ao Parecer 2928224, do projeto do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Leônidas e Deane, Manaus. Equipe de pesquisa: Alcindo Antônio Ferla, KATIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT, Luciano Bezerra Gomes, Cleudecir Siqueira Portela, ELAINE PIRES SOARE, FRANCICLEI BURLAMAQUE MACIEL,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

Sônia Maria Lemos, MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI, Solane Pinto de Solza, joana maria borges de freitas silva, BRENA SILVA DOS SANTOS, DANIEL DE SALES BARROSO, Nicolás Esteban Castro Heufemann, RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA, AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA, Andrew Georg Wischneski, FRANCINE REBELLO PEREIRA, Bahiyyeh Ahmadpour Furtado, Fabiana Mânica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA. O arquivo Folhaderosto.pdf, 21/09/2018 13:04:37, foi assinada pelo pesquisador e pelo Diretor do ILMD/Fiocruz.

TERMOS DE ANUÊNCIAS: ADEQUADOS. Apresentados os Termos de Anuências das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios pesquisador, nos arquivos: Jurua.pdf, de 24/09/2018 19:19:22; Japura.pdf, de 24/09/2018 19:18:21; Maués.pdf, de 24/09/2018 19:23:51; Alvarães.pdf, de 24/09/2018 19:19:43; Barreirinha.pdf, de 24/09/2018 19:18:48; Nhamunda.pdf, 24/09/2018 19:10:41 ; Parintins.pdf, 24/09/2018 19:10:52; Tefee.pdf, de 24/09/2018 19:11:02; Boavistadoramos.pdf, de 24/09/2018 19:13:37.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Apresentados, nesta resposta os Roteiro de Entrevista, nos arquivos INSTRUMENTOTRABALHADORES.pdf, de 15/10/2018 15:45:45, INSTRUMENTOUSUARIOS.pdf, de 15/10/2018 15:46:08, INSTRUMENTOGESTORES HOSPITAL.pdf, de 15/10/2018 15:45:21, INSTRUMENTOGESTORES.pdf, de 15/10/2018 15:44:34, e ainda indicados que serão pesquisador E-SUS, Assistência Médico Sanitária - AMS, Vigilância Epidemiológica do Estado do Amazonas – FVS. Sobre as informações de internações hospitalares utilizaremos os seguintes sistemas: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Internação Ambulatorial - SIA, Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Sobre a descrição da rede de saúde do município e os profissionais de saúde será utilizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

TCLE: Apresentado novo TCLE no arquivo TCLEPPSUS.pdf, 15/10/2018 15:47:26.

**Recomendações:**

Vide campo de "Conclusões, pendências e inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

1. No documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1219281.pdf, 24/09/2018 19:39:

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

Município: MANAUS

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

48:

1.1. No item Riscos, enumerar objetivamente os riscos identificados para esta pesquisa e indicar as medidas para minimizá-los. Evitar termos de "gradação" do risco (mínimo, pequeno, etc). SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO SUFICIENTEMENTE.

1.2. Harmonizar o tamanho de amostra ao longo do documento e também no projeto completo, visto que foram declarados números diferentes: a) em "Metodologia proposta" a soma no texto resulta em 155 participantes; b) em "Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa: 175"; em "Grupos em que serão divididos" a soma nos grupos resulta em 95. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

1.3. Readequar o Cronograma na resposta, assegurando que contato com os participantes somente ocorra após a aprovação do protocolo pelo Sistema CEP/CONEP.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

2. No documento TCLE.pdf, de 21/09/2018 13:07:22.

2.1. Após o parágrafo dos objetivos explicar em linguagem simples as etapas da pesquisa, detalhando como será a participação do participante caso aceite, explicando todas as etapas (entrevista) e procedimentos e solicitando expressamente acesso a outros dados em bancos, se for o caso (Resolução 466/12-CNS, IV.3.a.).

2.2. O(a) pesquisador(a) deverá inserir no TCLE que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e deverá mencionar detalhadamente e objetivamente quais são nesta pesquisa e os modos de minimizá-los (Resolução 466/12-CNS, IV.3.b) . Não usar termos de gradação do risco (mínimos, pequenos, médios, grandes).

2.3. Solicitar explicitamente autorização para registro do som da entrevista com o participante, como será realizado, prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII)

2.4. O(a) pesquisador(a) deverá inserir no TCLE que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e deverá mencionar detalhadamente quais são nesta pesquisa e os modos de minimizá-los (Resolução 466/12-CNS, IV.3.b). Não usar termos de gradação do risco (mínimos, pequenos,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

médios, grandes). Lembrar a exposição dos trabalhadores ao expressarem opiniões sobre o serviço, e outros relativos aos demais grupos de participantes.

2.5. Solicita-se tornar mais claro a garantia de ressarcimento e o MODO como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa E DE SEU ACOMPANHANTE, quando necessário, e no caso de eventuais despesas ainda que não prevista inicialmente. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012).

2.6. Deverá estar expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). A redação atual não é suficiente.

2.7. Assegurar que tem garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe no serviço (Item IV.3.d, da Resolução CNS nº. 446 de 2012)

2.8. Inserir no contato do pesquisador principal o DDD 092, visto que são vários os municípios com participantes.

2.9. Inserir junto ao contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFAM (CEP/UFAM) uma breve descrição do que é o CEP para conhecimento do participante. (Itens IV.3.f e IV.5.d, da Resolução CNS nº. 446 de 2012)

2.10. Ao final inserir o campo de consentimento pós informação. Este deve ter redação simples, como "Li e concordo em participar da pesquisa" ou "Declaro que concordo em participar da pesquisa". Ressalta-se que não devem ser introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo. (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS).

2.11. Após o consentimento pós informação, como pesquisador indicar somente o pesquisador responsável junto ao Sistema CEP CONEP, e não os colaboradores, que o deve assinar pessoalmente, afinal são somente entre 95 e 175 TCLE a serem assinados (número a esclarecer na resposta).

**ANÁLISE DA RESPOSTA À PENDÊNCIA 2: ATENDIDO.** Novo texto apresentado o arquivo TCLEPPSUS.pdf, 15/10/2018 15:47:26.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

3. Inserir os Roteiros de Entrevista, para cada tipo de participante.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

4. Caso dados de características individuais sejam obtidos nos bancos de dados citados, indicar quais são para avaliação da vulnerabilidade do anonimato.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO, o pesquisador respondeu que este item não se aplica.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo atendeu todas as pendências e por isso está adequado às exigências da Resolução 466/2012-CNS e complementares

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                    | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1219281.pdf | 15/10/2018<br>16:04:22 |                          | Aceito   |
| Outros                                                    | CARTARESPOSTA.pdf                             | 15/10/2018<br>16:01:49 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPPSUS.pdf                                 | 15/10/2018<br>15:47:26 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| Outros                                                    | INSTRUMENTOUSUARIOS.pdf                       | 15/10/2018<br>15:46:08 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| Outros                                                    | INSTRUMENTOTRABALHADORES.pdf                  | 15/10/2018<br>15:45:45 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| Outros                                                    | INSTRUMENTOGESTORESHOSPITAL.pdf               | 15/10/2018<br>15:45:21 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| Outros                                                    | INSTRUMENTOGESTORES.pdf                       | 15/10/2018<br>15:44:34 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PPSUSPROJETOFINAL.pdf                         | 24/09/2018<br>19:38:38 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Maues.pdf                                     | 24/09/2018<br>19:23:51 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Alavaraes.pdf                                 | 24/09/2018<br>19:19:43 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito   |

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM

Plataforma  
Brasil

Continuação do Parecer: 2.982.202

|                                                           |                     |                        |                          |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Jurua.pdf           | 24/09/2018<br>19:19:22 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Barreirinha.pdf     | 24/09/2018<br>19:18:48 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Japura.pdf          | 24/09/2018<br>19:18:21 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Boavistadoramos.pdf | 24/09/2018<br>19:13:37 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Tefee.pdf           | 24/09/2018<br>19:11:02 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Parintins.pdf       | 24/09/2018<br>19:10:52 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Nhamunda.pdf        | 24/09/2018<br>19:10:41 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Orçamento                                                 | Orçamento.jpg       | 21/09/2018<br>13:10:28 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Cronograma                                                | Cronograma.jpg      | 21/09/2018<br>13:04:57 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | Folhaderosto.pdf    | 21/09/2018<br>13:04:37 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

MANAUS, 25 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Teresina, 495

**Bairro:** Adrianópolis

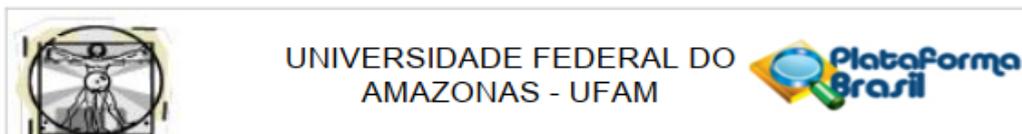
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Acesso da População Ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas.

**Pesquisador:** Júlio Cesar Schweickardt

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 99460918.3.0000.5020

**Instituição Proponente:** CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

**Patrocinador Principal:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.982.202

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador responsável:

O objetivo da presente pesquisa é analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas tendo em vista o fortalecimento do sistema de saúde através da inclusão e da continuidade dessa população aos serviços de saúde. As políticas de saúde têm maior eficácia quando estão mais próximas da realidade das pessoas e os modos de vida no território para proporcionar acesso e qualidade na atenção. Adotamos a categoria de território líquido para retratar a realidade do território de várzea e das áreas que sofrem com o ciclo das águas, pelo fenômeno de seca e cheia e que impactam diretamente nas condições de vida e de saúde das populações ribeirinhas. As características do território estão diretamente relacionadas com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, exigindo formas de acolhimento diferenciadas, oferta de serviços qualificadas e disponibilidade de profissionais ampliadas. A metodologia de pesquisa tem como cenário da pesquisa o Estado do Amazonas, especificamente as regiões de saúde do Triângulo (Médio rio Solimões) e Baixo rio Amazonas. Buscaremos analisar os principais desafios relacionados ao acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência (RUE) nessas regiões. Descrevemos a estrutura da Rede e serviços de saúde, buscando compreender a dinâmica das equipes de saúde, especificamente as equipes ribeirinhas e fluviais para analisarmos como os serviços impactam no acesso das pessoas aos serviços da RUE. A Rede de Urgência e Emergência necessita criar estratégias, juntamente com a Atenção Básica, de prevenção, promoção

**Endereço:** Rua Teresina, 495

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**Município:** MANAUS

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com