



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

GLENDIA PATRICIA DA SILVA VIEIRA MOURA

AS REDES VIVAS NA PRODUÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS DA ÁREA
RIBEIRINHA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
PARINTINS, AMAZONAS

MANAUS – AM

2022



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

GLENDIA PATRÍCIA DA SILVA VIEIRA MOURA

AS REDES VIVAS NA PRODUÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS DA ÁREA
RIBEIRINHA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
PARINTINS, 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. JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT

MANAUS – AM

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

M92r

Moura, Glenda Patrícia da Silva Vieira

As Redes Vivas na produção do acesso de usuários da área ribeirinha aos serviços de saúde mental no município de Parintins, Amazonas. /

Glenda Patrícia da Silva Vieira Moura. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

96 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Redes Vivas de saúde 2. Saúde mental 3. Ribeirinhos – Amazonas I. Título

CDU 618.4(811.3) (043.3)

CDD 618.4098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 Nº 287

GLEND PATRICIA DA SILVA VIEIRA MOURA

**AS REDES VIVAS NA PRODUÇÃO DO ACESSO DE USUÁRIOS DA ÁREA
RIBEIRINHA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE
PARINTINS, 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: 03.05.2022.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. – **Alcindo Antônio Ferla**
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. – **Paulo Eduardo Xavier de Mendonça**
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Dedico essa dissertação a minha **família**,
que é meu amor maior.
Aos meus pais **Ricardo** e **Graça**, minha
irmã **Glória** e meu marido **Mateus** por
serem minha maior rede de apoio durante
essa caminhada.
Aos profissionais de saúde e aos
ribeirinhos de todo Brasil, especialmente
ao usuário guia dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que esteve comigo em todos os momentos, que é minha força e meu refúgio.

Aos meus pais **Graça e Ricardo** que sempre fizeram tudo por mim e me acompanharam nessa caminhada. Eu amo muito vocês. Obrigada por me inspirarem todos os dias!

À minha querida irmã **Gláuria** pela parceria e cumplicidade nos conselhos passados. Aos meus tios e primos que sempre me incentivaram nos estudos e no crescimento profissional.

Ao meu esposo **Mateus**, que me acompanhou em todos os momentos e sempre foi meu suporte motivacional e emocional. Eu amo você!

Às minhas amigas **Larissa, Denise e Bárbara** que estiveram próximas, aconselhando e incentivando a todo momento.

À querida amiga Dammeree que foi uma grande direcionadora nos primeiros passos durante o processo de seleção do mestrado.

Ao meu orientador, prof. **Dr. Júlio César Schweickardt**, por acreditar e confiar em mim durante o percurso acadêmico. Obrigada por ser um orientador que sempre buscou a união e o respeito ao próximo. Que nos incentivou a sempre buscarmos internamente o melhor de nós. O senhor sempre será uma inspiração. Obrigada por tudo!

Aos **pesquisadores do LAHPSA** – Laboratório de Histórias, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, pelos encontros e trocas de conhecimentos.

À **querida Izi** pela parceria e apoio durante o estágio docência e pela troca durante o processo de escrita dessa pesquisa.

À minha turma **PPGVIDA/2019**, que viveu junto comigo, um dos maiores desafios de nossas vidas, especialmente minhas amigas **Aline e Gabriela**, agradeço pela cumplicidade e parceria durante o processo.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas –FAPEAM** pelo apoio à realização da pesquisa por meio de financiamento do projeto de pesquisa “Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas” no âmbito do Edital PPSUS.

À **Elaine**, secretária de saúde de Parintins, assim como **Luenne**, duas colegas de laboratório. Agradeço pela receptividade e acolhimento na minha ida à cidade durante minha coleta de dados.

Aos **funcionários do Centro de Atenção Psicossocial Antônio Laurindo**, em Parintins. Gratidão pela parceria e amizade construídas no período em que estive na cidade.

Ao meu **usuário-guia** e sua família por aceitarem compartilhar suas histórias e me ajudarem a construir esse trabalho.

Aos **ribeirinhos**, por abrirem suas portas e compartilharem suas afecções

“Para navegar contra a corrente são
necessárias condições raras: espírito de
aventura, coragem, perseverança e paixão.”

(Nise da Silveira)

RESUMO

A Amazônia possui singularidades que constituem um desafio no que concerne à integração política, social e sanitária para o país. Na questão saúde, adaptar os modos de fazer saúde às necessidades deste contexto requer traçar estratégias, a nível de gestão, que sejam direcionadas ao contexto e às particularidades de cada local. Nesse contexto, a política de Saúde Mental também precisa ser analisada a partir das características do território, dos usuários e das questões étnicas e sociais. O interesse nesse tema foi motivado pela inquietação do tipo de cuidado de saúde mental da população no Amazonas, especialmente aos ribeirinhos. O objetivo geral dessa pesquisa foi compreender a produção de redes vivas na produção do acesso da população ribeirinha ao serviço de saúde mental no município de Parintins -Am. A ferramenta utilizada foi a escolha do usuário guia e teve como objetivo narrar o percurso e vivências do indivíduo durante o uso do serviço de saúde e as redes vivas que possuem relação com sua conexão ao serviço de saúde. Esse estudo apontou que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Antônio Laurindo atua como protagonista no cuidado em saúde mental no município, criando estratégias para proporcionar assistência, mesmo em tempo de pandemia. Além do CAPS, outros serviços especializados atuam ofertando o serviço em casos específicos. O acesso se baseia na relação entre o período de cheia e seca dos rios, que impactam diretamente no tempo e custo para buscar o serviço, porém essas não se tornam barreiras de acesso. O usuário guia, protagonista do cuidado, traçou suas redes vivas formais e informais, que durante a busca por atendimento impactou direta ou indiretamente o cuidado. Por fim, esperamos que essa pesquisa proporcione reflexões e novos estudos acerca do acesso aos serviços de saúde mental para a população ribeirinha a fim de que o cuidado possa ser integral, acolhedor, respeitoso e inclusivo.

Palavras chave: acesso ao serviço de saúde; saúde mental; redes sociais de saúde.

ABSTRACT

The Amazon has singularities that constitute a political challenge in terms of integration, social and health for the country. In health, adapted to the ways of doing health to the needs of this context, strategies, at the management level, are directed to the context and specificities of each local context. In this context, the Mental Health policy also needs to be based on the characteristics of the territory, users and ethnic and social issues. The interest in this topic was motivated by the concern about the type of care with the mental health of the population in Amazonas, especially the riverside people. The general objective of this research was to understand the production of live networks in the production of access of the riverside population to the mental health service in the municipality of Parintins -Am. The tool used was the guide user's choice and aimed to narrate the individual's path and experiences or use of the health service and the living networks that have a connection with their connection to the health service. This study of the pandemic that the Psychosocial Care Center acts as a protagonist in the process of mental health care, even pandemic in time of care to provide mental health assistance in the municipality, same time of care. In addition to specialized CAPS services, offering the service of specific cases. Access is based on the relationship between the period of flood and drought of the rivers, which directly impact the time and cost for service, but these do not hinder access barriers. The user guide, of care, traced their formal and informal lives, which the protagonist seeks for direct impact care or care contract. Finally, we hope that this research will provide new studies on access to mental health services for the riverside population so that care can be comprehensive, welcoming, respectful and inclusive.

Keywords: Access to health services; mental health; Social health networks.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD - Análise do Discurso

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CNE – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CRDQ – Centro de Reabilitação em Dependência Química

DOE – Diário Oficial da União

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LAHPSA - Laboratório de Histórias, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Listas de Figuras

Figura 1 - Mapa de Parintins, Amazonas	21
Figura 2 - Mapa dos limites geográficos de Parintins.....	22
Figura 3 - Mapa da Vila Amazônia	25
Figura 4 - CAPS Antônio Laurindo	39
Figura 5 - Tenda de encontro coletivo.....	42
Figura 6 – Ambulância que faz o transporte em casos de urgência e emergência ..	50
Figura 7 - Embarcação tipo lancha.....	52
Figura 8 - Embarcação tipo rabeta	53
Figura 9 - Porto de Vila Amazônia.....	62
Figura 10 - Fluxo do usuário guia no acesso à rede de Atenção Psicossocial.....	67
Figura 11 - Rede Vivas do usuário guia	70

Lista de quadros

Quadro 1 - Redes Física de Saúde de Parintins por Tipo de Gestão e Natureza Jurídica.....	23
Quadro 2 - Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.	24
Quadro 3- Dimensões do acesso ao serviço de saúde	56

Sumário

INTRODUÇÃO	15
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	20
CAPÍTULO I - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PARINTINS, BAIXO AMAZONAS.	32
1.1 CAPS como protagonista do cuidado em saúde mental	37
CAPÍTULO II – ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE PARINTINS.	45
2.1 O acesso dos ribeirinhos ao serviço de saúde mental	45
CAPÍTULO III – REDES VIVAS E OS CAMINHOS DO USUÁRIO NA PRODUÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL	59
3.1 O Encontro com o usuário guia.....	59
3.2 As memórias do usuário.....	62
3.3 O olhar do usuário no acesso no serviço de saúde mental	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	82
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	82
APÊNDICES	92
APÊNDICE A- PERGUNTAS DISPARADORAS PARA O USUÁRIO-GUIA	92
APÊNDICE B - PERGUNTAS DISPARADORAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	94
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95

INTRODUÇÃO

A cobertura universal é um componente essencial para garantia dos direitos à saúde, que está presente na Constituição Brasileira de 1988, na qual determina que é dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A Amazônia possui singularidades que constituem um desafio no que concerne à integração política, social e sanitária para o país. Na questão saúde, adaptar os modos de fazer saúde às necessidades deste contexto requer traçar estratégias, a nível de gestão, que sejam direcionadas ao contexto e particularidades de cada local, já que a política nacional não dialoga necessariamente com as realidades e particularidades de cada região (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016). Mais do que ajustes “para a Amazônia”, se trata aqui de refletir sobre o que se considera normal ou desejável para a saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) que, como se sabe, é orientado pelas diretrizes de descentralização político administrativa, integralidade da atenção e participação social. Sabemos que o modelo vigente no interior de sistemas e serviços de saúde segue centrado na assistência às doenças, na dependência do pensamento biomédico moderno e nas ações gerenciais centradas em modelos ideais forjados a partir dos padrões de urbanização no centro do país. Ou seja, além de pouco ergonômicos para a Amazônia, esses modelos também induzem práticas com déficits de integralidade, de acesso e de qualidade. Analisar e compreender o contexto amazônico também permite produzir conhecimentos e tecnologias que qualificam o SUS.

Nesse contexto, a política de Saúde Mental também precisa ser analisada a partir das características do território, dos usuários e das questões étnicas e sociais. Parte significativa dos déficits de eficácia que se verifica atualmente são derivados de uma saúde mental submetida à vigência da doença mental, paradigma de pensamento que é datado na história da humanidade e que não traduz ações de integralidade em saúde, como o apoio psicossocial, como no paradigma da reforma sanitária. Há inúmeros déficits nas críticas ao modelo predominante de cuidado em

saúde mental que podem ser qualificados com o estudo em profundidade de contextos singulares, como a Amazônia.

Na Amazônia temos uma grande diversidade de povos, com línguas e concepções de mundo diversas, gerando formas de viver também diferentes. Além disso, a região possui diferentes territórios que interferem nos modos de cuidar e de acesso, como é o caso das populações ribeirinhas. Assim, os serviços de saúde e os profissionais também necessitam dialogar com essas características por um cuidado intercultural.

As lutas de usuários e profissionais que atuavam na área da Saúde Mental, no Brasil, possibilitaram a criação de um modelo de cuidado em saúde mental, substituindo o modelo manicomial e asilar, o que foi denominado de luta antimanicomial. Assis, et al. (2014) refere que esse novo modelo enfrenta diferentes desafios, que passam desde a garantia de acessibilidade daqueles com algum sofrimento mental até a mudança efetiva na produção do cuidado nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

A Portaria 10.216 de 2001, que promulga a lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980. Ela dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2005). Quebrar o pensamento que desloca o cuidado “mental” para o manicômio é fundamental, uma vez que esse equipamento demonstrou ineficácia no cuidado e é território de violências disseminadas, inclusive a privação de liberdade.

Segundo Lopes (2011), esse mesmo movimento teve repercussão no Amazonas, mas com a diferença de que aqui não se questionava a supremacia dos hospitais privados, e sim a mobilização contra a corrupção administrativa presente na Colônia Agrícola, e a denúncia de situações de violência institucional. Após diversas discussões e lutas, houve a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental no Amazonas através da Resolução CES nº 037 de 04/11/2003 do Conselho Estadual de Saúde. Em 2007 foi votada a Lei Estadual de Saúde Mental nº 3.177 pela Assembleia Legislativa do Estado e publicada no Diário Oficial do Estado - DOE de 11 de outubro de 2007 (NAVARRO, 2015).

Apesar da lei e da mobilização dos trabalhadores e usuários, o Amazonas ainda tem uma carência de serviços que fazem parte da rede psicossocial. No estado, segundo dados do CNES (2022), há 33 CAPS distribuídos, sendo 28 na gestão municipal, 2 na estadual e 3 na gestão dupla, além de 01 Centro de Reabilitação em Dependência Química (CRDQ), de esfera estadual.

Quanto ao número de leitos em saúde mental o sistema apresenta 5 leitos clínicos, sendo 4 no município de Coari e 1 em Manaus. No que refere aos leitos psiquiátricos o CNES (2022) indica 51 leitos existentes, distribuídos entre os municípios de Apuí, Manaus, Eirunepé, Tefé, Parintins, Itacoatiara, Codajás e Manaquiri, sendo 8 desses disponíveis em hospitais gerais. Na comparação com o número total de municípios que compõem o estado (62), nota-se ainda a necessidade de maior cobertura da rede de saúde mental. Quanto ao número de médicos psiquiatras, o estado apresentava, no momento da consulta, 34 especialistas. Há evidências da permanência do modelo psiquiátrico anterior na estrutura dos serviços e a análise dos processos de trabalho aponta a permanência de “manicômios mentais” na cultura de saúde mental, como no Brasil como um todo.

Durante a pesquisa participamos da escrita de um capítulo do livro “A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM”. Nesse, refletimos sobre o processo de escrita compartilhada, mas também buscamos compreender o histórico de formação do serviço o processo de trabalho no município de Parintins. O livro foi escrito a partir do projeto de pesquisa “O acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas” que está sendo desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAPHSA do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ e financiado pelo Fundo de Amparo as Pesquisas no Amazonas.

O interesse nesse tema foi motivado pela inquietação referente ao cuidado em saúde mental da população no Amazonas, especialmente dos ribeirinhos. Desse modo, escolhermos olhar para a experiência do CAPS município de Parintins, pois é o primeiro serviço de atenção psicossocial, no formato da política atual, no interior do estado. Assim, queríamos compreender a dinâmica do trabalho da equipe no contexto do baixo rio Amazonas.

Cabe destacar ainda que desempenho um trabalho no CAPS na cidade de Manaus desde 2019, com outras vivências nesse serviço a partir da especialização em saúde mental. Nesse lugar fui me deparando com os desafios que envolvem o acesso, as formas de cuidado, a organização quanto a oferta e demanda, além de outras reflexões que concernem o usuário e suas redes na continuidade do cuidado e no acesso ao serviço de saúde.

Ao pesquisar o usuário-guia ribeirinho percorreremos os caminhos da Amazônia “profunda”¹, daquelas pessoas que vivem num território distinto e que exige um deslocamento constante nas águas para acessar o serviço. O usuário-guia não somente faz um caminho, mas produz redes que viabilizam e criam as possibilidades de um cuidado diferenciado. Assim, a pesquisa não foi somente a aplicação de um instrumento, transcrever e analisar os dados, mas também mergulhar no modo de vida amazônico pelo olhar de um usuário específico e real.

Os caminhos da pesquisa também se derramam sobre as vidas das pessoas, quando é necessário plantar e colher as fibras, pescar quando as águas estão por todos os lados. A pesquisa também faz banzeiro, produz movimentos no território, nos trabalhadores e usuários, nos pesquisadores, nas alunas, no orientador. O movimento do conhecimento precisa embalar os nossos sonhos, mas precisa animar as questões do lugar, das necessidades, das demandas.

O objetivo do projeto maior, o qual esta pesquisa faz parte, foi 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. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por tratar-se de pesquisa com seres humanos e aprovado o CAAE: 99460918.3.0000.5020.

Para esta pesquisa o objetivo principal foi compreender a produção de redes vivas no acesso da população ribeirinha ao serviço de saúde mental no município de Parintins - AM. Os objetivos específicos foram: Identificar a rede de serviços de saúde mental no município de Parintins; descrever os fluxos da população ribeirinha

¹ Amazônia profunda é uma região com múltiplas singularidades, ocupada por populações tradicionais e/ou indígenas afastadas ou isoladas de áreas urbanas (VIANA, 2021).

ao serviço de saúde mental no município de Parintins-Am e mapear as redes vivas do usuário ribeirinho para a produção do cuidado em saúde mental.

O trabalho está estruturado em três capítulos: **Capítulo I** – Organização da rede de serviços de saúde mental no município de Parintins - AM, que aborda a organização da Rede de Saúde Mental em todos os níveis de complexidade.

Capítulo II - Acesso à Rede de Saúde Mental no Baixo Amazonas-Am que busca compreender a relação do ribeirinho com os serviços de saúde mental do município.

Capítulo III - Redes vivas e os caminhos do usuário na produção do acesso ao serviço de saúde mental, no qual será apresentado o episódio em que o usuário guia a busca pelos serviços de saúde mental e as relações construídas a partir das redes criadas.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório, descritivo, de caráter qualitativo sobre a produção de redes vivas no acesso da população ribeirinha aos serviços de saúde mental no município de Parintins - AM. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa busca compreender o que não é quantificável e sua relação social através do campo das crenças e seus significados.

González Rey (2002) acrescenta que esse tipo de pesquisa se configura como um processo de construção e produção do conhecimento, no qual as propostas investigadas tornam-se pontos de análise inicial do que se pretende pesquisar. Embora pretendamos inicialmente analisar as redes vivas no acesso da população ribeirinha à rede de saúde mental em Parintins, o autor nos faz refletir que muitos processos que representam o que será pesquisado, somente se revelam no decorrer do estudo, visto que os dados se tornam imprevisíveis ao pesquisador no início da investigação

Já o estudo de caso, Nasio (2001) sugere que esse tipo de estudo instiga a imaginação e emoção do leitor tendo como objetivo o vislumbre da experiência sentida pelos envolvidos na pesquisa. Dessa maneira, neste estudo atuamos como pesquisador in-mundo, que para Abrahão et al., (2014) “emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é 61 atravessado e inundado pelos encontros”.

Compreendemos que a pesquisa qualitativa vai ao encontro do que buscamos com este estudo, pois nos guiou pelos caminhos de um território líquido e pelas redes de relações e interrelações.

A pesquisa foi realizada no município de Parintins, localizado à margem direita do rio Amazonas, abrangendo uma área de 5.952 quilômetros quadrados e distante a 369 quilômetros da capital, Manaus, em linha reta, e a 420 quilômetros por via fluvial - esse exemplo está exposto na Figura 1, no qual apresenta o mapa do município e suas respectivas distancias - Isso equivale a 15 horas descendo e 27 subindo o rio Amazonas, se a viagem for feita em barcos regionais. Por via aérea, o tempo estimado é de uma hora e meia, partindo de Manaus. Segundo o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município é considerado o segundo mais populoso do estado com 102.033 habitantes, ficando atrás apenas da capital Manaus.

O município é composto de aproximadamente 24.055 imóveis na zona urbana e tem como característica as residências com grandes quintais. Na parte central da cidade há uma predominância de residências em alvenaria e nos bairros casas de madeira, principalmente nos bairros periféricos. Na zona rural estima-se 24.309 imóveis. Nos últimos doze anos o êxodo rural vem ocasionando invasões, notadamente na área sudoeste da cidade. Hoje há uma estimativa de mais de 2.500 famílias morando em condições precárias (PARINTINS, 2020).

Figura 1 - Mapa de Parintins, Amazonas

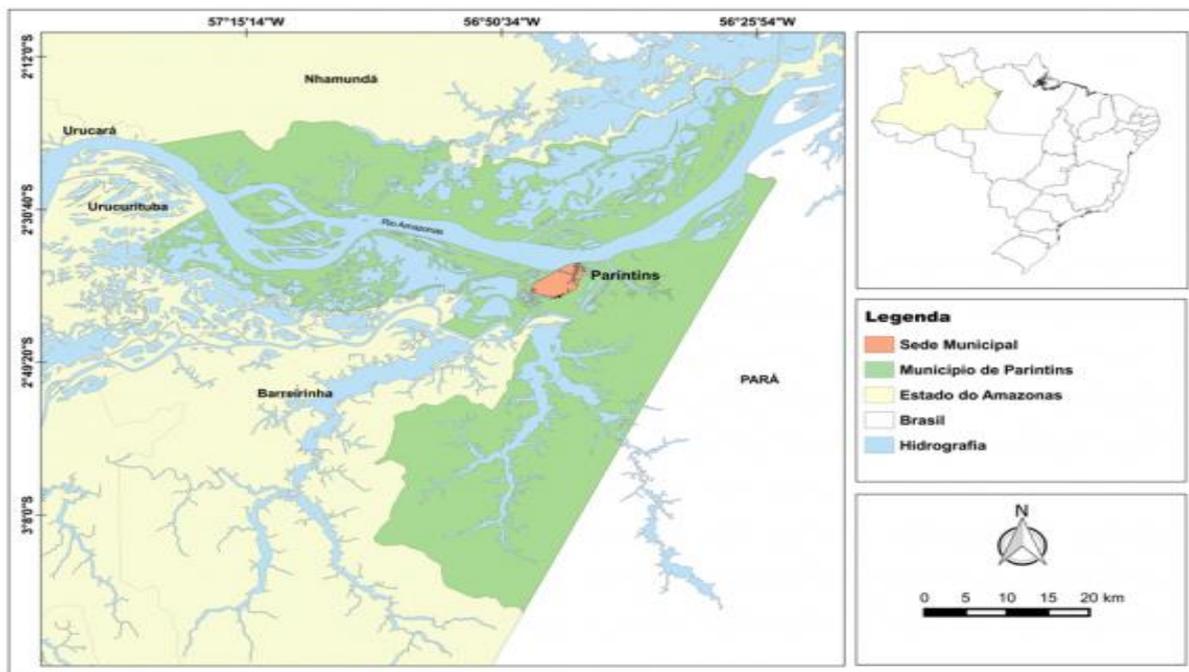


Fonte: Arquivos Vigilância Epidemiológica/SEMSA

O município faz limite ao norte com os municípios de Nhamundá e Urucará, ao sul com município de Barreirinha, ao leste com o Estado do Pará e a oeste com o município de Urucurituba (Figura 2). O Município possui nove distritos, segundo a Lei Municipal nº. 01/79 de 18 de abril de 1979, que são: Vila Amazônia, Mocambo, Zé Açú, Cabury, Sabina (Mamurú), Marajó, Valéria e Tracajá. Dentre esses, destaca-

se, como um dos cenários dessa pesquisa, a Vila Amazonia, sendo o local onde reside o usuário participante do estudo (PARINTINS, 2020).

Figura 2 - Mapa dos limites geográficos de Parintins



Fonte: Base Cartográfica compilada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010.

Segundo o Relatório Anual de Gestão - RAG (2020) do município, os recursos humanos disponíveis na atenção básica são compostos por 29 equipes de estratégia de saúde da família, 19 Equipes de Saúde Bucal, sendo que 05 ainda estão em processo de credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Há 06 equipes de Estratégia de Agente Comunitário de Saúde (EACS), que foram inseridas nas ESF através do novo financiamento da Atenção Primária em Saúde.

A organização por zona dar-se com 24 equipes na área urbana e 05, rural, além de 04 Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF). Em 2019 iniciou o funcionamento da UBSF Fluvial de Parintins e da Unidade Odontológica Móvel. Assim a organização dos serviços de Atenção Básica no

município organiza-se com 10 UBS na zona urbana, 05 UBS na zona rural, 01 UBS fluvial e 01 Unidade Móvel Odontológica (RAG, 2020)

Conforme consulta realizada no Plano Anual de Gestão de Parintins, no ano de 2020 o município dispunha de 35 estabelecimentos de saúde (Quadro 1). A atenção especializada terciária é realizada em duas unidades hospitalares Hospital Jofre Cohen que tem Gestão Municipal e o Hospital Padre Colombo que é filantrópico, credenciado pelo SUS com 100% de sua capacidade instalada.

Quadro 1 - Redes Física de Saúde de Parintins por Tipo de Gestão e Natureza Jurídica

TIPO DE ESTABELECIMENTO	total	municipal	estadual	federal
Central De Gestão Em Saúde	1	1	0	0
Central De Regulação Do Acesso	1	0	1	0
Centro De Atenção Psicossocial	1	1	0	0
Centro De Saúde/Unidade Básica	16	16	0	0
Clínica/Centro De Especialidade	2	2	0	0
Central De Abastecimento Farmacêutica – CAF	1	1	0	0
Central De Resgate	1	1	0	0
Hospital Geral	2	2	0	0
Policlínica	1	1	0	0
Telessaude	1	1	0	0
Unidade De Apoio Diagnose E Terapia	2	2	0	0
Distrito Sanitário Especial Indígena - DSE	1	0	0	1
Unidade De Vigilância Em Saúde	3	3	0	0
TOTAL	35	34	1	1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – Relatório Anual, 2020.

Quanto as principais causas de internação na atenção especializada no município, destaca-se as doenças infecciosas e parasitárias, lesões por envenenamento e doenças dos aparelhos, digestório, respiratório e circulatório, no quadro 2, apresentado abaixo, nota-se a presenças de internações por transtornos mentais e comportamentais com evolução gradativa em 2019 e queda de registro em 2020. Cabe ressaltar que com a pandemia de COVID- 19, os atendimentos de urgência emergências psiquiátricas foram redirecionadas para o Hospital Padre Colombo, no qual, até então tinha como referência de atendimento o Hospital Jofre.

Quadro 2 - Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

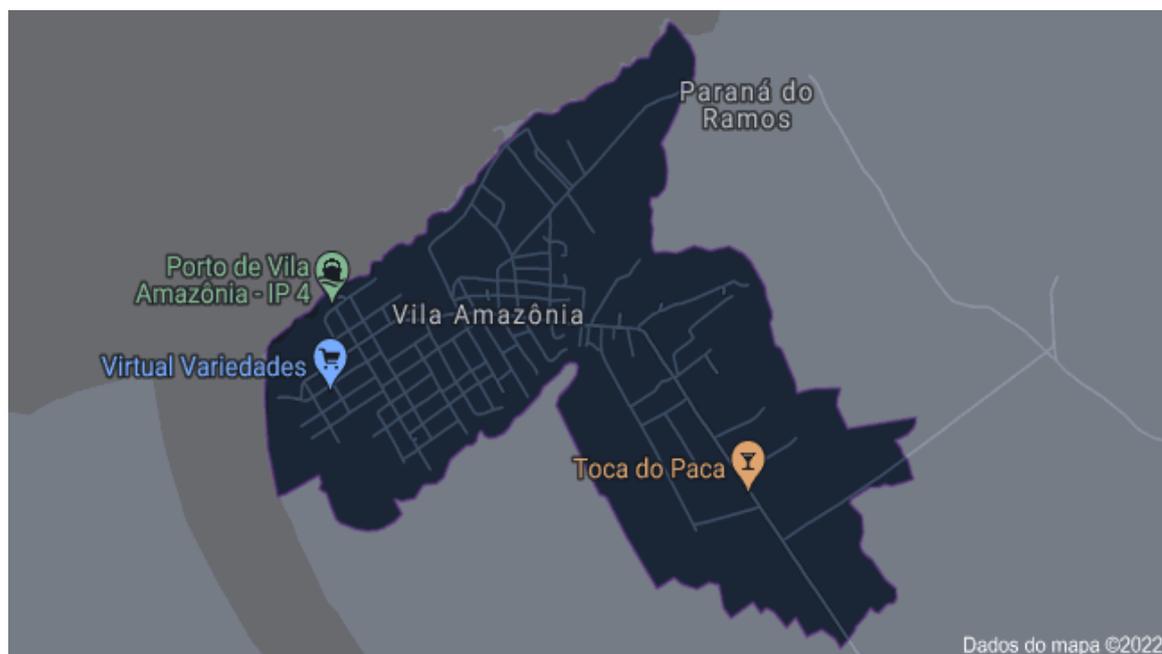
Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	145	194	194	169	1182
II. Neoplasias (tumores)	115	118	126	130	92
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	25	55	41	43	42
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	69	92	102	105	56
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	1	2	27	11
VI. Doenças do sistema nervoso	25	25	45	34	37
VII. Doenças do olho e anexos	1	5	4	8	8
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	2	3	6	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	221	259	292	340	221
X. Doenças do aparelho respiratório	289	529	545	462	339
XI. Doenças do aparelho digestivo	524	503	651	644	420
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	120	121	102	114	63
VIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	47	37	44	53	40
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	330	420	411	479	248
XV. Gravidez parto e puerpério	2448	2657	2623	2611	2245
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	98	201	265	286	203
XVII. Malf. Cong. deformidade. e anomalias cromossômicas	31	44	39	25	16
XVIII. sinais e achad anorm ex clín e laborat	207	219	204	207	122
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	630	662	678	566	494
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	13	44	24	25	7
Total	5341	6188	6395	6334	5847

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2021

Obs: A atualização dos valores relativos ao último período ocorre simultaneamente ao carregamento dos dados no Tabnet/DATASUS.

Ao imergir no processo de coleta de dados, nos deparamos com um novo cenário de pesquisa que também surgiu como novo ponto de coleta, que é a comunidade ribeirinha denominada Vila Amazônia.

A Vila Amazônia ganha destaque com a chegada dos imigrantes japoneses, na década de 1930, que era conhecida como Vila Batista. O local foi escolhido por Tukasa Uetsuka para o assentamento da colônia japonesa em Parintins e a fundação do Instituto Amazônia (TAVARES, 2016). A Vila Amazonia está a uma distância, por via fluvial, de aproximadamente 20 minutos de Parintins (figura 3).

Figura 3 - Mapa da Vila Amazônia

Fonte: Google Earth

Tadeu de Souza (1982) relata como foi a chegada dos imigrantes japoneses em Vila Amazônia:

Ao chegarem à Vila Amazônia como não terão se sentido os imigrantes. Barranco, água e floresta. Mas, eles não se deixaram abater. Iniciaram um trabalho agrícola que se tivesse prosseguido Vila Amazônia seria a maior potência agrícola do norte brasileiro. Os imigrantes trabalhavam e produziam assustadoramente (SOUZA, 1982, P.63).

A presença dos japoneses em Vila Amazônia representou uma grande transformação no espaço vivido daquele lugar. Apesar dos colonos nipônicos trabalharem em atividades ligadas ao setor primário da economia, o que os torna exímios agricultores na região, o objetivo da colonização era criar uma cidade japonesa em meio à Amazônia (SOUZA, 2003).

A convivência em território com os nativos era desafiadora, principalmente quanto as diferenças culturais, o que gerava desconforto na relação entre eles. Os japoneses queriam inserir seu modo de viver e sua cultura naquele local já habitado por outros indivíduos com forma de vida específica, porém, apesar das diferenças, os imigrantes fizeram da Vila Amazonia um espaço moderno, superando inclusive a

cidade de Parintins. Na Vila foi implantado hospital, escolas de qualidade, templos, olarias e serrarias, armazéns e sistema de esgoto. (SOUZA, 2011).

Medeiros (2017) reafirma que os japoneses construíram diversas estruturas e serviços, mas que foram se deteriorando, permanecendo apenas a infraestrutura do posto de saúde, casa do idoso, delegacia e saneamento básico (água encanada e energia elétrica).

Após a Segunda guerra, houve o fim do projeto de colonização dos japoneses e após a saída, em 1940, quem assumiu a administração do lugar foi o empresário J. G. Araújo, que continuou com a missão de urbanizar a região e continuar com a produção de Juta, iniciada pelos japoneses durante sua expansão (TAVARES, 2016).

A decadência do empresário inicia na década de 1970 quando vende a Vila aos chineses que queriam implantar uma fábrica de papel na região através da plantação do vegetal Imbaúba, porém com a dificuldade de plantação, os chineses devolvem a Vila ao empresário, que vende novamente a área para outros empresários de Belém. A partir disso, Souza (2013) relata que toda estrutura arquitetônica construída até então no local, transformou-se em ruínas.

Com a expansão de produção de juta em Parintins na década de 1980, a economia da Juta chegou ao fim na Vila, que passa então para o domínio Federal tornando-se uma área de assentamento até os dias atuais e que permeia entre rural e urbano levando seus moradores à experiências pautadas na geograficidade em diferentes níveis de campesinidade (SOUZA, 2003).

A construção desta pesquisa teve como sujeitos os gestores da saúde (secretária, coordenador e diretora) e trabalhadores (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, auxiliar administrativo) que atuam no Centro de Atenção Psicossocial ou em algum serviço relacionado à rede de saúde mental do município de Parintins e um usuário do SUS que aqui é chamado de usuário-guia, sua mãe, dois de seus irmãos, sua cunhada, bem como suas redes de cuidado.

Os critérios de escolha desse usuário-guia foram: ser maior de 18 anos, morador da área ribeirinha de Parintins e ter acessado os serviços de saúde mental

no período mínimo de 1 ano, e como critérios de exclusão foram ser indígena, residente da sede de Parintins. Para os profissionais, os critérios de inclusão foram serem trabalhadores do SUS e estarem atuando em Parintins no período mínimo de um ano. Não participaram profissionais que estavam afastados do cargo ou de licença no período da pesquisa de campo.

A ferramenta utilizada para mediar a análise do contexto foi a escolha do usuário guia e teve como objetivo narrar o percurso e vivências do indivíduo durante o uso do serviço de saúde e as redes vivas que possuem relação com sua conexão ao serviço de saúde, essa narrativa visa não só vivenciar o serviço de saúde, mas também pessoas inseridas em seu percurso que não tem a ver diretamente com o serviço (MERHY et al, 2016).

Merhy (2016) conceitua redes vivas como:

Fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHY et al., p. 35).

Nesse sentido, o usuário-guia selecionado foi o morador da Vila Amazonia, que faz uso da rede de saúde mental do município de Parintins, bem como as pessoas que compõem a sua rede viva, contamos também com os gestores e profissionais da rede formal de saúde do município de Parintins e da UBS da área do usuário localizado na Vila Amazonia.

Toda vivência, reflexões, inquietações, sofrimento e conquistas foram escritos em diário de campo ao longo de toda pesquisa, na qual também serviu como fonte de dados. Em sua construção enquanto pesquisadora, Martins (2015) apresenta o conceito subjetivo de diário de campo, onde apresenta o termo diário de cartógrafo que traz a ideia da criação e construção singular de sentidos para a realidade daquele que o vivencia contribuindo no processo construtivo a partir da perspectiva dos encontros.

A vivência no campo da pesquisa

A imersão no campo iniciou a partir da intermediação entre meu orientador e gestores municipais de Parintins, especificamente a secretaria de saúde do município e a coordenadora da vigilância em saúde local. A viagem para a realização da pesquisa de campo aconteceu no mês de junho de 2021, cabe destacar aqui o momento de grandes desafios para realizar a coleta em campo, ocasionado, principalmente, pelas medidas de limitação de circulação a nível estadual, em virtude da pandemia da COVID -19.

Devido a pesquisa ser realizada no período da pandemia, foram seguidas as orientações do ILMD/FIOCRUZ Amazônia como: uso de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI), carteira de vacinação da COVID-19 atualizada, além de uma autorização do comitê de ética para concretização da viagem.

A viagem ocorreu na semana do dia 21 a 27 de junho de 2021 e o deslocamento até o município foi de avião, aproximadamente 2 horas de voo de Manaus a Parintins. Na semana da coleta aconteceu a *live* do festival de Parintins, que em decorrência da pandemia, não pode acontecer de forma presencial. Acompanhei a preparação da cidade para a transmissão da *live*, quando as secretarias foram envolvidas para a realização de testes PCR e o acompanhamento dos casos confirmados.

Em virtude da realização da *live*, alguns desafios para a coleta dos dados foram estabelecidos, como o tempo dos gestores para reunir. Lembro aqui que o município ainda estava em período de campanha de vacinação com as áreas de saúde envolvidos. O desafio era intenso, mas confiávamos na ótima recepção que tivemos ao chegar no município.

Ao chegar na cidade, ainda vista de cima, observei que estava no período da cheia, pois as águas atingiam os estabelecimentos e casas ribeirinhas. Após a chegada e durante o trajeto ao hotel, observamos que as ruas estavam alagadas, a água chegava no mercado e outros estabelecimentos da cidade. O ano de 2021 foi marcada pela cheia histórica, fazendo com que a população e as cidades criassem estratégias ainda mais fortes para conviver com as águas que tomaram as ruas da cidade.

No primeiro dia fui recebida pela equipe da vigilância em saúde, através da coordenadora que viabilizou meu encontro com a gestora do Centro de atenção Psicossocial Antônio Laurindo. Foi um dia de apresentações sobre o projeto e a proposta da pesquisa, conversei com a gestora da unidade e alguns profissionais de saúde que estavam em atendimento no dia. Programei com ela o início da nossa conversa para o segundo dia pela manhã.

No segundo dia, a pesquisa foi iniciada com uma roda de conversa com os profissionais que atuam no CAPS para apresentação do projeto e início da coleta. A equipe mostrou-se participativa e interessada em compartilhar suas vivências dentro da rede de saúde mental.

Durante a tarde iniciei a aplicação do instrumento direcionador a fim de compreender como estava organizado o serviço e quais principais desafios estavam sendo encontrados pela equipe para continuidade do cuidado da população ribeirinha. Durante a conversa, solicitei que fosse apontado os possíveis usuários guia para a pesquisa. O usuário guia seria aquele considerado complexo e esse termo não está associado apenas à intensidade/gravidade da patologia, mas também se refere aquele que detém a maior demanda dos serviços e dos profissionais da rede, demonstrando que o “caso” está assentado em condições diversas daquelas que embasam a experiência clínica dos trabalhadores e serviços.

Foram apontados três usuários, que passaram pela avaliação dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Dois usuários foram inviáveis para a pesquisa, pois um era residente na sede de Parintins e o outro era menor de idade.

Após a identificação do usuário-guia indicado pela equipe do CAPS, entramos em contato com o telefone disponibilizado em seu prontuário. O número era da sua genitora, na qual pedimos para agendarmos um encontro para explicar o objetivo do trabalho. A mesma solicitou que fossemos a sua residência. No mesmo dia fui ao local marcado acompanhada do técnico de enfermagem e a conversa iniciou com minha apresentação e a proposta do projeto, assim como a ideia de ter seu filho como nosso caso traçador. Nesse encontro também estavam presentes o pai e irmão do possível caso. Nesse momento foi feita a ligação telefônica para o usuário que, segundo sua mãe, estava morando na Vila Amazônia desde o início da pandemia.

Após o primeiro contato com o usuário e sua confirmação para nosso encontro, iniciamos a programação para irmos à Vila ao seu encontro. No terceiro dia, pela manhã, continuamos a aplicação do instrumento com os profissionais do CAPS e foi feita coleta de informações em documentos da unidade, como o sistema interno de controle de usuários acompanhados e solicitei o prontuário do nosso usuário guia para conhecer sua história e sua passagem pelo serviço. A tarde fui ao hospital Jofre Cohen e conversei com a Assistente Social a fim de conhecer a dinâmica de atendimento nos casos de emergência psiquiátrica naquele local.

No quarto dia fui ao encontro do usuário guia na Vila Amazônia. O encontro com usuário aconteceu em sua residência e para iniciar as conversas foram utilizadas perguntas disparadoras a fim de motivar o diálogo. No entanto a conversa foi feita de forma livre e informal a fim de criar laços de afinidade deixando-o livre para expor todos os seus pensamentos com relação ao acesso ao serviço de saúde e as redes vivas envolvidas nesse processo. Para a compreensão do serviço formal de saúde mental foi utilizado um roteiro disparador com perguntas abertas com o objetivo de abrir espaço para conversa.

Buscamos identificar, junto ao usuário-guia, os percursos utilizados no acesso ao serviço de saúde mental, além das redes vivas que passam pelo seu caminho durante essa busca. Por isso buscamos compreender seu conceito de saúde, cultura, crenças e valores. Foram utilizadas outras fontes orais de informação (familiares e profissionais de saúde) que cruzam em algum momento a vida do usuário e para melhor compreensão da rede de saúde local buscamos inserir relatos dos gestores e profissionais de saúde do município. Todas os encontros foram gravados para posterior transcrição dos relatos.

Nesse encontro já conversei com a mãe e cunhada do usuário, esta mora em uma casa no mesmo terreno que ele. Além delas, pude conversar com o pai do usuário, seu irmão e profissionais do serviço de saúde mental, que ao longo do nosso encontro, foram surgindo como importantes figuras na construção da sua rede.

Para obtenção de dados referente ao serviço de saúde mental no município foram utilizados os prontuários do usuário cadastrado no CAPS e em outros serviços

de saúde por onde o usuário passou ao longo do tratamento, a fim de conhecer sua história clínica e seu percurso para o acesso ao serviço especializado.

No quinto e último dia, fui ao Hospital Geral Jofre Cohen, a fim de buscar informações sobre a admissão do meu usuário em sua única internação no hospital. Os dados produzidos durante a pesquisa foram transcritos em sua completude e após a transcrição os dados foram analisados pelos pressupostos da análise do discurso (AD).

O discurso, ao se constituir num nó complexo e de intricada compreensão, necessita de uma teoria e de uma prática de análise que o apreenda em seu movimento, demonstrando como tal discurso num determinado acontecimento histórico e ideológico faz sentido (MOREIRA, 2012, p. 125).

Assim, Souza (2014) compreende a AD a partir da leitura do *corpus*, através da identificação de trechos e congregados de fragmentos discursivos. Inicialmente é feito a leitura do *corpus*, que são os dados já coletados, no caso, as transcrições dos encontros. Em seguida é feito a identificação dos congregados discursivos das transcrições. E finalmente, há o agrupamento dessas informações para posterior discussão e escrita.

CAPÍTULO I - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PARINTINS, BAIXO AMAZONAS.

A partir da proclamação da Constituição Federal em 1988, ficou assegurado a criação de um sistema universal e que, a partir de 1990, inicia a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual determina novas políticas públicas, dentre elas, em saúde mental (BRASIL, 2007).

O desenvolvimento de uma política de saúde mental começou a ser discutida a partir do final dos anos de 1970, a partir da necessidade urgente de uma discussão sobre o tema, desde então há o interesse por desenvolver as tecnologias do cuidado em saúde mental do sujeito, respeitando suas particularidades conforme os princípios regidos pelo Sistema Único de Saúde.

O sistema psiquiátrico, até a década de 1980, era focado no atendimento em hospitais psiquiátricos com modelo manicomial, violando os direitos humanos daqueles que necessitavam de um modelo que buscasse assistir ao sujeito de forma digna. Havia uma grande preocupação em identificar novas formas de cuidar, logo era imprescindível discutir novos modelos de saúde mental (ALMEIDA, 2019; GUITTON, 2010).

Segundo Mesquita (2008) a 8ª Conferência de Saúde teve seu papel importante na Consolidação do SUS, pois trouxe discussões acerca das políticas públicas e sociais, incluindo a política de Saúde Mental. Essa conferência serviu de base para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu no Rio de Janeiro de 1987, quando, nesse evento, foram realizadas denúncias sobre os maus tratos que ocorriam nos Hospital Psiquiátricos, sendo essas conferências juntamente com a criação do SUS, importantes para a Reforma Psiquiátrica.

Cabe destacar que a Política de Saúde Mental está diretamente relacionada ao processo da Reforma psiquiátrica no Brasil, visto que a sua discussão só obteve espaço a partir do processo de desinstitucionalização da loucura (BRASIL, 2005). Para alcançar esses resultados, Caetano (2011) cita os trabalhadores de Saúde Mental que lutaram por mudanças na forma do cuidar em saúde mental, pois já percebiam a gravidade na forma de assistir e a violação dos direitos humanos e

sociais desses indivíduos. Porém, somente em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei nº 10.216 que substituiu o projeto de lei nº 3.657, que iria nortear a reforma psiquiátrica e a substituição do modelo institucionalizado no tratamento do portador de sofrimento psíquico.

No âmbito da Política, é importante destacar que em 1990 a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) compartilharam um documento intitulado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental (OPAS, 1990). Esse documento ficou conhecido como a declaração de Caracas e foi considerado um momento histórico para as políticas públicas em saúde mental a nível mundial, oferecendo suporte e estrutura para a reforma psiquiátrica (Pereira, 2004).

A Política de Saúde Mental envolve as estratégias e diretrizes que o país necessita seguir, com o objetivo de organizar a oferta e o serviço aos usuários com sofrimento psíquico e seus familiares. Os transtornos compreendem os casos de Esquizofrenia, depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar, dentre outros, incluem também os casos de uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2019).

A fim de substituir o modelo institucionalizado, os gestores do SUS, em resposta ao movimento antimanicomial, buscaram novas formas de cuidado em Saúde Mental, priorizando os direitos do indivíduo, com objetivo da reinserção do sujeito da comunidade. Para isso, foram criados novos serviços em saúde mental, chamada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída a partir da portaria nº 3.088/201. Ela reorganiza os serviços em suas diversas complexidades a fim de organizar o atendimento de forma equânime e integral. Dentre os serviços disponíveis destaca-se: As UBS's, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências terapêuticas, centros de convivência, hospital dia e ambulatórios, assim como a inclusão de serviços direcionados para usuários de álcool e outras drogas (NAVARRO, 2015)

Esse processo permitiu ao sujeito a expectativa do direito a saúde com qualidade, respeitando-o e buscando reintegrá-lo a comunidade. Navarro (2015) acrescenta que o principal objetivo da reforma da saúde mental é a substituição do

modelo manicomial, a desospitalização e a inserção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Com as portarias do Ministério da Saúde nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e nº 189, de 20 de março de 2002, houve incentivo para a implantação de um CAPS que tinha como objetivo reinserir o usuário na sociedade, no sentido de ampliar oportunidades e “resgatar” sua dignidade através da inclusão social. O CAPS Antônio Laurindo foi implantado em 2005 após aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Tornando-se a principal referência do cuidado especializado no município (HAURADOU et al, 2021).

Em Parintins, os serviços de saúde mental dispõem de 1 CAPS tipo II, que funciona em horário comercial (08:00 às 17:00), atendendo de segunda e sexta-feira, 1 CAPS Álcool e Drogas (AD). Destacamos que durante a coleta de dados essa unidade ainda estava em fase final de obra e por isso não fez parte do processo de coleta.

Os dois hospitais gerais: Hospital Regional Dr. Jofre Matos Cohen e Hospital Padre Colombo Diocese de Parintins recebem as demandas de urgência e emergência psiquiátricas. Segundo a psicóloga do Hospital Jofre Cohen, antes da pandemia por COVID-19 os casos de emergências psiquiátricas eram todos direcionados para lá, porém com a pandemia, esse hospital tornou-se referência para COVID-19 e passou a receber menos casos psiquiátricos. Os casos eram direcionados para o Hospital Padre Colombo. O município é referência de atendimento para a região do baixo rio Amazonas, inclusive para alguns municípios do Pará, pois o e o acesso é mais próximo e mais rápido em relação a outro serviço de referência naquele estado.

Um dos primeiros desafios encontrados na pesquisa foi relacionado aos registros de informações desse público, tanto no CAPS quanto no hospital e na UBS da Vila Amazônia, onde o usuário-guia vive e participará da pesquisa, como veremos adiante. Os dados encontrados são muito amplos, sem informações específicas como área em que o usuário vive (urbana ou rural) e característica de cada população.

A mesma situação foi encontrada nos hospitais gerais do município, que apresentaram dificuldade em demonstrar, em seus registros, o número de usuários que entraram nas unidades por urgências psiquiátricas e quais as características desses indivíduos, quanto a área de moradia e sua patologia.

Apesar os inúmeros avanços, ainda se observa certas fragilidades a serem problematizadas quando falamos sobre a organização da RAPS. Delgado (2015) aponta deficiências estruturais, desvalorização e precarização do profissional especialista e dos vínculos profissionais, ausências de ferrrmantas de avaliação e monitoramento da RAPS, inclusive da própria política de saúde mental e Lobosque (2011) complementa a centralização da rede voltada ao CAPS como direcionador do cuidado. Algo que precisa ser mais trabalhado já que temos uma rede diversa e completa em que cada serviço precisa compreender seu papel dentro da rede e buscar se organizar para oferecer o cuidado com qualidade.

Ao falar sobre o acesso ao serviço de saúde de Parintins a gestora do Caps relata:

Nós atendemos todo o baixo amazonas até cidades do Pará, que fica mais perto vir pra cá, que ir para Belém. Atendemos, por exemplo, Barreirinha, terra santa, Juruti Novo, Juruti Velho, Santarém, porque, ou não tem CAPS ou não tem Psiquiatra para atender, então eles acabam vindo pra cá. Já recebemos pessoas de Manaus que vem buscar ajuda aqui porque eles sabem que aqui não liberamos ninguém sem pelo menos ouvir e acolher [...].

Nota-se a grande procura pelo CAPS por ser conhecimento como a referência em saúde mental no município, as falas concretizam o que observo enquanto pesquisadora. O CAPS com alta demanda, com casos leves e moderados sendo atendidos pela equipe local, visto que há rede de atenção básica, na qual as Unidades Básicas de Saúde deveriam realizar esse atendimento.

Em sua pesquisa, Lima e Guimarães (2019) apontam a relação fortemente estabelecida entre o usuário e o médico psiquiatra no contexto da atenção psicossocial, aonde, nas falas coletadas, nota-se a resistência dos usuários em buscarem a atenção básica, através do clínico geral para realizarem o acompanhamento médico, em casos direcionados, o que se configura como

fragilidade dentro da rede, que tem suas características estabelecidas de atendimento.

Segundo o Enfermeiro do CAPS, há um desafio quanto ao atendimento dos casos de emergência psiquiátrica.:

[...] Até pouco tempo atrás, o hospital Jofre ainda nos acionava para ajudar na contenção de pacientes que davam entrada com surtos psicóticos. Havia ainda algumas dificuldades de manejo e eles nos chamavam para ajudar e como ficamos aqui atrás do hospital, nós conseguíamos acessar rapidamente o hospital para ajudar. Hoje já está melhor. [...] A equipe de lá já está mais preparada para atender os casos de emergência psiquiátrica. Ainda assim, sempre que eles recebem um paciente nosso, eles nos informam e vamos lá fazer o acompanhamento do caso”.

A Enfermeira do Hospital informou que realmente esse fato citado acontecia, porém o hospital buscou “treinar” todas as equipes plantonistas quanto à abordagem de pacientes em urgência/ emergência psiquiátrica. Atualmente, todas as equipes estão preparadas para atender esses casos e ela tem notado que não há mais a necessidade rotineira de acionar a equipe do CAPS.

Notamos certa incompatibilidade de informações entre os servidores do CAPS e do hospital referente ao acompanhamento dos casos que dão entrada no hospital, visto que nos relatos do primeiro era informado que eles ainda realizavam abordagem quando o paciente entrava em surto, inclusive eles costumavam sair no carro do CAPS para realizar abordagem em casos de urgência tanto na cidade quanto em comunidades. O técnico de enfermagem e o enfermeiro informaram que nos finais de semana eles podem ser acionados para realizarem abordagem, se for necessário, inclusive eles ficam com material de urgência para essas situações

Em 2008, a Coordenação Municipal de Saúde Mental juntamente com Assessoria Técnica de Planejamento - SEMSA apresentaram a proposta de uma capacitação com enfoque teórico-prático, para a formação de profissionais para a identificação e a realização de condutas de acordo com sua categoria profissional. Do mesmo modo, foi discutido as estratégias de saúde mental na atenção básica. A busca pela qualificação e treinamento dos profissionais que atual na rede perdurou nos anos seguintes em toda rede (HAURADOU, 2013).

Nasi e Schneider (2011) reafirmam a importância da articulação das redes que compõem o serviço de saúde mental com as demais áreas já que não basta apenas a oferta do serviço, mas sim a articulação do cuidado nos âmbitos assistenciais, sociais e culturais para um cuidado integral, possibilitando maior circulação dos sujeitos em sofrimento psíquico buscando a promoção da reinserção social e desenvolvimento da sua autonomia.

A rede psicossocial em sua mais particular definição aponta para uma forma de assistir de forma cíclica e complementar, na qual os diversos pontos de diferentes densidades tecnológicas precisam estar interligados. A atenção básica, especializada e a urgência e emergências podem agir de forma compartilhada a fim de oferecer um cuidado integral e contínuo, assim como Lima e Guimarães (2019) discutem que na Rede de Atenção à Saúde (RAS) cada componente desempenha uma função específica, porém é importante que haja uma lógica organizacional e um sentimento de pertença e de responsabilização integrada entre os diversos nós da rede.

1.1 CAPS como protagonista do cuidado em saúde mental

O CAPS apresenta-se como espaço privilegiado para a concretização desses avanços. Segundo a Política Nacional de Saúde Mental, o CAPS distribui-se nas seguintes modalidades:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2004).

A Atenção à Saúde Mental em Parintins passou a ser realidade, enquanto política pública, a partir dos anos 2000, já que antes da implantação do CAPS Antônio Laurindo, existia apenas o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, localizado em Manaus, capital do estado do Amazonas. Naquele momento o hospital oferecia cerca de 125 leitos psiquiátricos, número insuficiente para a alta busca pelo serviço devido aos aumentos de casos de transtornos mentais no estado (HAURADOU, et al, 2021).

O CAPS de Parintins Antônio Laurindo está inserido como tipo II e foi inaugurado em 20 de novembro de 2005, (Figura 4), sendo o primeiro centro de referência em Saúde Mental no estado do Amazonas, localizado em um anexo do Hospital Geral Jofre Cohen, principal unidade de saúde do município. Tem por objetivo promover a socialização dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. apresenta uma vista particular e seduzente do extenso rio Amazonas a sua frente.

A gestora da Unidade atua há mais de 20 anos, que antes atuava como técnica de Enfermagem e há pouco mais de 1 ano está à frente da gestão local. Ela relata que a equipe do CAPS tem 2 funcionários administrativos, 1 Enfermeiro, 3 técnicos de Enfermagem, 3 Psicólogos, 1 Assistente Social, 1 farmacêutica, 1 técnica de nutrição, 2 pedagogos, 2 serviços gerais e 2 vigias.

Quanto à experiência em atuar na unidade, ela refere:

É uma experiência maravilhosa, pois eu sempre gostei de saúde mental. Cada dia aqui é um aprendizado (...) me sinto muito realizada em trabalhar aqui. É uma equipe muito experiente, claro que não é tudo perfeito, mas hoje temos uma equipe quase completa e dá para fazer um trabalho maravilhoso (...)

Figura 4 - CAPS Antônio Laurindo

Fonte: A autora, 2021

No ano de 2020 e 2021, a unidade e sua equipe precisaram criar estratégias de atendimento devido ao decreto de isolamento social em virtude da pandemia da COVID -19. Uma dessas estratégias foi criar um grupo de whatsapp com todos os usuários que faziam acompanhamento médico e terapêutico para que a equipe conseguisse manter-se atualizada sobre a evolução dos pacientes. Essa ferramenta, foi um forte ponto de apoio entre os profissionais e os clientes, pois, segundo relato do psicólogo e assistente social, eles conseguiram ainda manter comunicação durante esse período.

Criamos o grupo no whatsapp, pois as atividades estão suspensas de forma presencial, então o grupo serve como uma ferramenta de contato entre a gente e nossos pacientes. Assim eles tiram dúvidas, desabafam e contam como estão mantendo os cuidados. Assim a gente consegue ter um feedback enquanto a rotina normal não retorna.

Em seus estudos, realizado no CAPS do Paraná, Fingel et al. (2020) referem que houve alteração na forma de trabalho em toda rede de atenção psicossocial a fim de mitigar aos agravos em saúde mental, umas das apostas das equipes, foi utilizar meios virtuais para aproximar a relação profissional – paciente durante a pandemia da COVID -19.

O uso da tecnologia a favor da aproximação entre os sujeitos incentivou a criação de um grupo de WhatsApp chamado de “Amigos do CAPS” dentro da rede psicossocial na Bahia. Essa foi uma estratégia com a finalidade de repassar informações e orientações, além de minimizar a solidão. Houve também a busca ativa através das ligações telefônicas a fim de orientação quanto ao uso de medicações, acompanhamento terapêutico, identificação de possíveis conflitos sociais e familiares e outras dúvidas pertinentes (CRUZ et al., 2020).

Nos Estados Unidos, Sorkin et al. (2021) apontaram o aumento do uso das tecnologias na assistência em saúde mental nos quatro primeiros meses de pandemia refletindo assim, sobre os benefícios dessa ferramenta que proporcionou apoio aqueles que passaram por momentos de crises e/ou sofrimentos mentais agudos e tinham nela, uma rede de conexão com a equipe.

Retornando para realidade nacional e particularmente na Amazônia, nos deparamos com desafios quanto ao uso de tecnologias em ambientes geograficamente desafiadores, já que os profissionais apontavam certa dificuldade em conseguir acessar a todos os usuários do CAPS locais que residiam em comunidades mais afastadas, por não terem acesso à internet com qualidade. A inclusão digital é um problema relevante para a organização da vida, em tempos de tão veloz globalização econômica e tão expressiva circulação de informações, inclusive falsas. Não apenas na saúde, também na educação essa limitação dificultou o acesso e o cuidado com as pessoas e coletividades.

Souza et al. (2020) relatam os desafios enfrentados quanto ao uso de recursos virtuais, principalmente devido à insuficiência de aparatos tecnológicos nos CAPS e a falta de investimento e manutenção dos equipamentos que já existiam. Observamos que mesmo com os avanços através da reforma psiquiátrica, ainda precisamos de maiores investimentos na assistência em saúde mental, visto ainda com pouca prioridade de recursos destinados à área. A recomposição física e tecnológica dos diferentes pontos de atenção nas redes de serviços nos diferentes territórios é uma questão muito relevante, que se soma ao déficit de recursos financeiros de custeio.

Quanto à estrutura física, a gestora relata:

(...) Como você pode ver, não temos um espaço muito grande, então é um desafio colocar todos lá dentro e a nossa demanda é muito grande. Em um ano de pandemia tivemos mais de 16 mil atendimentos, então nesse período difícil tivemos que nos adaptar (...) trouxemos os profissionais para fora da unidade, então eles atendem ali na tenda, embaixo daquele sobrado, embaixo da árvore, enfim, só não podemos deixar que nosso usuário saia daqui sem atendimento (...)

Nas pesquisas envolvendo o CAPS como protagonista do cuidado, nota-se no estudo de Nasi e Schneider (2011) que o CAPS se configura como um espaço de acolhimento, que favorece aqueles que não necessitam de hospitalização, sendo esse o último recurso terapêutico, direcionando o cuidado aos modelos substitutivos de atenção à saúde dos usuários.

A gestora informou que devido a unidade ser pequena e a demanda aumentar a cada dia, além da alta procura durante a pandemia, a atual gestão municipal implantou uma tenda de atendimento e encontros terapêuticos em frente ao serviço, a fim de reunir um quantitativo maior de pessoas e aumentar sua cobertura de atendimento. A tenda tornou-se um local de grandes encontros entre os usuários e os profissionais que realizam atendimentos individuais e coletivos e semanalmente acontece uma roda de conversa sobre temas identificados nos atendimentos ao longo da semana.

Vale ressaltar que muitos usuários desconhecem a existência das demais formas de tratamento em saúde mental, o que contribui para a procura pelo serviço. Isto reforça que apesar da situação pandêmica, os serviços de saúde mental precisam continuar funcionando de forma integral e serem potencializados quanto a qualidade do serviço ofertado, a fim de manter o acolhimento das demandas, que se desamparadas, podem ser agudizadas (PEREIRA e JOAZEIRO, 2015).

No encontro a gestora e um funcionário administrativo, que também se torna sujeito importante na coleta, por ter mais de 10 anos de serviço prestado na unidade, relatam:

A tenda virou um grande espaço de encontro de sentimentos e pensamentos. Os nossos usuários ficam na expectativa do dia da roda de conversa. No início eles ficam tímidos, mas com a interação com os profissionais, ao final eles expõem suas angústias e pensamentos e juntos conseguimos desenvolver estratégias de enfrentamento ao sofrimento exposto [...].

Figura 5 - Tenda de encontro coletivo



Fonte: Acervo do CAPS, 2020.

Nasi e Schneider (2011) relatam a importância dos profissionais desse serviço como peças fundamentais na criação de vínculos e estabelecimento de confiança para conseguir a continuidade do cuidado.

A escuta qualificada foi apontada pelos profissionais como um item importante na assistência ao usuário que busca o serviço do CAPS. O psicólogo relatou que as pessoas chegam referindo que lá é o único lugar que são ouvidos, que os profissionais não medem esforços para escutá-los. Inúmeras vezes os usuários só precisam serem ouvidos e acolhidos ou redirecionados à rede de forma empática e atenciosa, já que muitos chegam aflitos e sem conhecimento quanto ao funcionamento da organização do serviço de saúde local.

Os discursos dos profissionais vão ao encontro com as inúmeras pesquisas que apontam a importância da escuta qualificada e do acolhimento individualizado, como preceitos para elevar a qualidade da assistência em saúde mental. Cabe apontar os estudos de Maynard et al (2014) e Santos (2019) em que a escuta qualificada possibilita a humanização das práticas de promoção, prevenção e

diagnósticos, tratamento e reabilitação em saúde. Além disso, essa terapêutica contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa.

Milton Santos (2019) ainda destaca que o escutar vai além do seu significado literal e envolve ir além do que as palavras são capazes de dizer, sendo importante ouvir o que os gestos, a expressão e as marcas são capazes expressar, despendo-se de qualquer julgamento ou preconceito e enxergando o indivíduo como protagonista da sua história.

Segundo registro de controle interno, desde a criação do CAPS, já foram atendidas mais de 30 mil pessoas, com os mais diversos tipos de sofrimentos e transtornos mentais além de casos de dependência de álcool e outras drogas. No primeiro ano de pandemia da COVID - 19 (2020/2021) foram atendidos 16.898 usuários. As patologias prevalentes foram transtornos de ansiedade e depressão, além do uso abusivo de álcool e outras drogas

Segundo relatos da gestora e do auxiliar administrativo, até 2019, houve 15.751 atendimento e as patologias mais prevalentes na unidade eram os transtornos de ansiedade, bipolaridade, depressão, esquizofrenia, e usuários com problemas neurológicos com outras comorbidades, dependentes químicos com sequelas decorrentes do uso de abusivo de álcool e outras drogas.

Na pesquisa de Lipp e Lipp (2020), que abrangeu os três primeiros meses da pandemia, em que havia a orientação quanto à importância do isolamento social, foram identificados casos de stress (60%), ansiedade (57,5%), e pânico (14%), o que levou a conclusão da necessidade de apoio psicológico e de uma rede especializada para identificação e acompanhamento dos casos para evitar o desenvolvimento de outros agravos.

Ruppelt et al (2021) também aponta alta prevalência de casos de transtorno depressivo em decorrência do impacto do distanciamento social e diminuição do contato físico, somado as condições biopsicossociais e financeiras da população.

Segundo estudos nacionais, a prevalência de transtornos mentais em mulheres de áreas urbanas varia de 22,1% a 34,2%, enquanto em áreas rurais a prevalência variou de 23,3% a 66,9%. A atenção a esse público é apontada devido

as inúmeras tarefas da mulher em diversos contextos, como cuidar da casa, dos filhos, trabalhar, estudar, entre outros (MARTIN e MEUCCI, 2020).

Por fim, o CAPS de Parintins atua como protagonista do cuidado em saúde mental no município, além de ofertar cobertura de atendimento às comunidades e outros municípios, principalmente devido às limitações de cobertura e oferta de serviços de referência em saúde mental em todos os limites geográficos do nosso estado. Os usuários buscam a unidade visando atendimento integral, uma escuta qualificada e o acolhimento individualizado, respeitando cada indivíduo e suas particularidades.

CAPÍTULO II – ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE PARINTINS.

2.1 O acesso dos ribeirinhos ao serviço de saúde mental

A pesquisa no território amazônico implica a construção de categorias, metodologias e abordagens que possam captar as nuances e dinâmicas dos locais das populações. Assim, o grupo de pesquisa do LAHPISA tem construído um conjunto de ideias sobre o território na Amazônia, sendo uma delas a categoria de análise “território líquido”.

O conceito de território tem diferentes sentidos e significados a depender das correntes teóricas e disciplinas. Segundo Haesbart (2006), o território surge de diversos modos: o tradicional modelo geográfico que materializa o território em suas múltiplas dimensões; território em contexto político, destacando-se a relação de poder; economia relacionado a bases de produção, antropologia, que tem como foco o simbolismo e o estudo da sociedade tradicional, a sociologia a partir do contexto social e suas relações em sentido amplo e a psicologia que busca compreender o território na perspectiva subjetiva com foco no indivíduo. Nessa pesquisa, buscamos trabalhar com definições tanto geográficas quanto antropológica e social trazendo contribuições importantes para a discussão do tema abordado.

O processo de construção do cotidiano de um sujeito se concretiza através das coisas que têm um valor simbólico, logo, os territórios nos mostram como esse sujeito se apresenta enquanto pertencente a uma sociedade. Assim em primeiro lugar, conhecer o território é se reconhecer como parte de um espaço e como um todo, em segundo lugar conhecer o território é também conhecer o outro (SARAIVA, CARRIERI E SOARES, 2014)

Território está ligado ao poder, não apenas ao poder político, mas ao seu sentido mais explícito (dominação) e o poder mais implícito (apropriação). Ao citar Lefebvre, Haesbaert (2004), discute a distinção entre os dois termos. Aquele é caracterizado como algo mais simbólico, cheio de marcas do que ele chama de “vivido”. Esse, como algo mais concreto, relacionado ao valor de troca. O processo

de dominação e apropriação é definido como territorialidade, que busca ir além dos aspectos políticos, envolvendo a relação econômica e cultural de determinado local. Assim, o território remete a relação enquanto territorialidade buscando compreender como os indivíduos estabelecem as relações sociais, como se dividem no espaço e os significados que atribuem ao lugar de vida

Milton Santos descreve o território como além de um conjunto de sistemas:

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Um faz o outro (SANTOS, 2003, p. 96-97).

O território, nesse sentido, traz a ideia de lugar com uso, em como os grupos sociais organizam sua vida e imprimem significados às suas práticas sociais e simbólicas, que são compartilhadas coletivamente. O território como lugar com uso não é estático, mas dinâmico e vivo. Assim, “o território amazônico é um lugar vivo, dinâmico, regido pelo tempo diferente, singular e único e pelos ritmos dos banzeiros dos rios” (SCHWEICKARDT et al, 2016, p. 129).

O Amazonas apresenta uma vasta extensão territorial e hidrográfica, onde a principal forma de se acessar os serviços é por via fluvial, tendo em vista que o transporte aéreo necessita de maiores investimentos financeiros. Além disso, outros fatores prejudicam o acesso ao transporte aéreo, como por exemplo a falta de infraestrutura dos aeroportos e a indisponibilidade de voos regulares. No entanto, o transporte fluvial está presente na cultura regional, fazendo parte do cotidiano dos municípios e comunidades ribeirinhas.

A maioria dos rios amazônicos são favoráveis à navegação, sendo que os diferentes tipos de embarcações são fundamentais no cotidiano amazônico, pois além de transportar um grande fluxo de pessoas diariamente, transportam também alimentos e outros produtos e insumos. Na saúde, o transporte sanitário utilizado pela maioria dos municípios do Estado do Amazonas é o fluvial, em detrimento do rodoviário e aéreo.

Além disso, o transporte sanitário depende das condições do ciclo hidrológico, quando cada período exige um tipo de embarcação ou estratégia, pois os caminhos mudam de acordo com o nível das águas. O transporte mais utilizado pela população ribeirinha é a rabeta ² pelo baixo custo. O transporte de urgência e emergência também precisou ser adaptado para a realidade ribeirinha, utilizando ambulanchas.

Schweickardt et al. (2016) aponta que o território ribeirinho apresenta múltiplas particularidades, sendo formado por uma diversidade de redes e conexões nos rios, lagos, várzeas, igapós e paranás. Logo, cada local apresenta características peculiares, não podendo ser tratada de forma homogênea. A região amazônica é caracterizada por dois espaços: terra firme e várzea. A “terra firme” é um lugar que não sofre interferência direta dos rios, pois caracteristicamente é um lugar alto com campos naturais em que as águas provocam poucas mudanças na vida da população. Já a várzea é atingida diretamente pelas mudanças dos rios, caracterizada como uma área aluvial, que sofre impactos direto com a cheia e vazante dos rios, sofrendo inundações parciais ou totais anualmente.

Milton Santos atribui ao território as ideias de fixos e fluxos, em que os fixos são os elementos fixados em cada lugar, sendo esses de elementos naturais, como florestas, lagos, igarapés, furos, ressacas, rios ou igapós, ou criados, como as residências dos moradores, comunidades ribeirinhas, ruas; centros de saúde, escolas, centros de lazer e portos, possibilitando alteração do próprio lugar. Os fluxos, por outro lado, são resultados diretos que perpassam ou se instalam nos fixos, transformando seu significado e valor ao mesmo tempo que se forem transformações. Os fluxos e fixos se influenciam e combinam mutuamente, caracterizando a vida de cada sociedade (SANTOS 2003;2006). Em relação aos fixos e fluxos da população ribeirinha aos serviços de saúde mental o que se revela é um dinamismo de enorme complexidade decorrente de diversos aspectos singulares dos territórios ribeirinhos apresentados anteriormente.

² “A rabeta é um tipo de embarcação de pequeno porte, feita de madeira. Recebe esse nome, pois apresenta uma hélice na ponta, como se fosse um rabo, que para direcionar a embarcação, se movimenta de um lado para o outro (SITUBA; SANTANA, 2017).

Diferentes métodos de análise sobre o acesso aos serviços de saúde mostram a complexidade e pluralidade referente ao tema. Para Pinheiro e Mattos (2005), o acesso é uma construção sociocultural que constitui as necessidades de saúde, incluindo as dimensões de percepção, demanda e oferta.

O território líquido tem variações amplas além da geografia espacial e humana, apresentando noções temporais além da cronologia do relógio. Incluem-se aqui o tempo oportuno em que as coisas acontecem, seja através da influência do tempo, do trajeto, dos meios de transportes utilizados. É constituído por uma diversidade de expressões através de práticas e saberes tradicionais, pela resistência e pelo trabalho real dos atores envolvidos (SCHWEICKARDT; LIMA; FERLA, 2021)

Giovanella e Fleury (1995) analisam o acesso em quatro dimensões: política, econômica, técnica e simbólica. Essas buscam a articulação teórica com seus conceitos culminando em quatro modelos teóricos: a dimensão econômica - modelo economicista, na qual apresenta relação entre oferta e demanda do serviço; dimensão técnica – modelo sanitarista planejador, relacionado aos planos e organização da rede de serviços; dimensão política – modelo sanitarista politicista, direcionado a consciência sanitária, pactuações entre gestores e participação popular, e finalmente a dimensão simbólica – modelo das representações sociais, está ligado ao processo saúde-doença, valores culturais e suas crenças

As dimensões do acesso para Travassos e Castro (2012) vão ao encontro à apresentação de Giovanella e Fleury, acrescentando características discriminadas como “barreiras de acesso” que facilitam ou dificultam a busca do indivíduo pelo serviço de saúde, sejam elas: geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais e culturais

As barreiras geográficas têm relação com a resistência que o espaço impõe na busca do usuário pelo serviço de saúde. A barreira financeira relaciona-se a capacidade do indivíduo em pagar os serviços de saúde ofertados (consultas, exames, medicamentos). A barreira organizacional é a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos que um serviço dispõe, ou seja, a organização de todos os serviços que o usuário tem direito. A barreira de informação está relacionada ao sistema de informação ao serviço de saúde, as doenças e métodos terapêuticos para tratamento. Todas essas barreiras se tornam problema, quando se conjugam

com a questão cultural de cada sujeito, suas crenças e práticas podem ou não impactar no acesso ao serviço de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Após entendermos como funciona o território amazônico, é importante buscar compreender como as pessoas realizam o acesso ao serviço de saúde. Unglert (1990) dividiu a relação de acessibilidade em três categorias: geográfica, econômica e técnica. O acesso geográfico é distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde. O acesso econômico relaciona-se aos custos para deslocamento, procedimento e obtenção de medicamentos. E a técnica inclui desde a entrada do usuário ao serviço de saúde até os horários de atendimento e qualidade do serviço ofertado.

Em relação ao tipo de acesso geográfico, os usuários da área ribeirinha acessam o serviço, segundo os profissionais, através de embarcação própria, sendo na maioria das vezes a rabeta, mas alguns chegam de barco, balsa, lancha ou canoa, ambulancha (Figura 6, 7 e 8). O tempo médio para chegar no CAPS vai depender da distância da comunidade e as condições climáticas do momento da viagem. Além disso, há ainda os fatores que envolvem as mudanças produzidas pelo ciclo hidrológico, período de seca e cheia. A gerente do CAPS relata:

O tempo varia de comunidade para comunidade. Alguns demoram cerca de 20 minutos, como no caso de quem mora na Vila Amazonia, por exemplo, outros já demoram mais tempo, em torno de 4 horas ou mais, dependendo da localidade.

Em sua pesquisa pelo município de Tefé - Amazonas, Medeiros (2020) apresenta a canoa rabeta como principal meio de transporte do ribeirinho e da equipe de saúde, particularmente do ACS, que utiliza esse meio para chegar as comunidades durante o período de cheia e seca, por ser uma embarcação de menor porte e que consegue entrar em lugares alagados com mais facilidade. Ela também refere que, nos casos de urgência e emergência, as equipes utilizam embarcações com motores de maior potência que são mais rápidos para chegar à sede do município e, por consequência, ao hospital

Viver em território amazônico requer compreender que a vida do ribeirinho que vive na várzea é afetada diretamente pela característica dos rios. Segundo

Fraxe (2007) o termo ribeirinho, caboclo ou caboclo-ribeirinho é direcionado aquele que vive as margens dos rios da Amazônia. No entanto, a categoria “ribeirinho” ultrapassa a dimensão de determinação geográfica para se relacionar com a vida social e os usos do território. Por isso, é importante conhecer seu contexto para compreender como esse indivíduo buscará o serviço necessários para seu bem-estar, incluindo o serviço de saúde.

Figura 6 – Ambulância que faz o transporte em casos de urgência e emergência



Fonte: A autora, 2021

Para Schweickardt et al (2020) e Pereira, Lima & Schweickardt (2019) o ribeirinho é uma categoria social, antes mesmo de alguém que vive na margem de algum rio, lago, igarapé ou paraná. Esse não está fixo a um lugar geográfico e físico, mas alguém que permeia sua vida através do movimento das águas, sendo conhecidos como aqueles que vivem nas proximidades das águas da Amazônia.

Os ribeirinhos que vivem na Amazônia são formados por diferentes grupos sociais (indígenas, nordestinos, quilombolas e migrantes). O termo “ribeirinho” guarda uma complexidade vinculada ao sentimento de pertencimento aquele lugar, sendo esse diferente um do outros conforme cada região do Amazonas. Assim, ele

não pode ser conceituado ou direcionado a uma definição abstrata, sem delimitação espacial definida e sim cada um apresentando suas particularidades e diferenças entre si (PEREIRA, 2018).

Segundo Esterici (2002), o ribeirinho apresenta-se enquanto categoria social e política, principalmente por meio da luta por áreas de pesca. Os ribeirinhos estavam associados àqueles que viviam as margens dos rios e lagos, mas seu conceito amplia-se e pode ser designado àqueles que vivem em comunidades, inclusive os agricultores. A autora ainda analisa que os ribeirinhos têm a comunidade como sua unidade básica de organização e representação, assim como os pescadores têm suas colônias como entidade de organização.

Kadri; Lima e Schweickardt (2017) apontam que os territórios na Amazônia estão em constante movimento. Esse movimento se dá por conta do desmatamento, pelas mobilizações das pessoas, pelas áreas demarcadas e conflitos socioambientais produzidos pelas grandes obras e por tantas outras ações nos territórios. Outro movimento é aquele produzido pelo ciclo das águas que desloca áreas de terras de um lado do outro. Assim, temos um lugar que literalmente se movimenta, produzindo novas áreas e criando vazios em outros. Por fim, reconhecemos que os ribeirinhos são as pessoas e populações que dão sentidos a esses movimentos e aos territórios que vão além das paisagens.

Nesse mesmo contexto, o Enfermeiro do CAPS analisa a relação entre o período de seca e cheia e o acesso da população e o desenvolvimento dos serviços de saúde. Além disso, a dinâmica da vida, sobretudo o acesso às condições básicas de vida, também muda de acordo com o período do ciclo hidrológico. Segundo o profissional, o período da cheia é mais favorável para o deslocamento da população porque conecta os lugares e as pessoas.

De atendimento não há interferência durante o período de cheia e seca, independentemente disso eles vem, o que eu observo é que um pouco mais no período de cheia ele tem um emocional um pouco mais sobrecarregado porque tem a questão do que eles produziam e deixam de produzir, tem uma questão a mais com gastos, pelo que eu percebo né, não sei se estou correto na minha informação. Mas no período de cheia tem que comprar madeira, os suportes de transporte, todas essas coisas. Mas eu observo que quando eu pergunto deles, eles mesmo informam que não retornaram porque a cheia fez com que perdessem a plantação, não estão conseguindo plantar. Então eles se referem a cheia, ainda não ouvi falarem da vazante. Eles dizem apenas que na cheia é melhor porque eles conseguem ver o rio

principal mais rápido. Na seca, alguns precisam caminhar até a beira do rio principal para pegar a lancha ou a rabeta e vir para o atendimento.

Figura 7 - Embarcação tipo lancha



Fonte: A autora, 2021

O discurso acima vai ao encontro aos achados de Santos (2020) em que conclui que não há simplicidade quanto ao acesso a saúde em território líquido, mas também não há território barreira, senão outras formas de territórios que se comunicam e dialogam na finalidade de produzir cuidado. Assim, os fluxos e acessos são produzidos nessa multiplicidade de encontros.

Medeiros (2020) reflete que o uso da canoa em território líquido, vai na contramão daqueles que a inserem como meio de transporte não globalizado. Seu estudo reflete um pensamento, na qual a canoa rabeta está relacionado às condições sociais, econômicas e culturais, onde em condições climáticas, como na seca, esse meio torna-se viável para chegar ao destino final, incluindo suas necessidades de acesso ao serviço de saúde.

Figura 8 - Embarcação tipo rabeta



Fonte: Schweickardt, 2017

Quanto às formas de atendimento, a gestora do CAPS informa que antes da pandemia os atendimentos eram realizados por encaminhamento, mas depois ficou impossível pela grande demanda que surgiu.

Às vezes recebemos pessoas que não são casos para CAPS, que poderia ser atendido na UBS. Casos clínicos que chegam até nós, mas não deixamos sair daqui sem uma orientação. Eu entro em contato com os colegas da rede para conseguir consulta com clínico na atenção básica, mas vejo que muito querem vir aqui porque eles são ouvidos. Eles falam que aqui as pessoas os ouvem e nos outros lugares ninguém faz isso.

Ao abordarmos as dimensões do acesso e suas características na pesquisa, nota-se no **âmbito geográfico** do ribeirão na busca pelo serviço, a importância do ACS como intermediador do cuidado. Nesse sentido a gestora da unidade refere:

Eles vêm da comunidade através do ACS. Então há uma logística que é conversado entre a gente e a UBS da comunidade. Exemplo: amanhã será consulta dos usuários do Mocambo, então tem uma lancha do município que faz esse transporte em dias certos. Logo agendamento dos usuários das comunidades são feitos baseados no dia que a lancha sai pra cá.

As comunidades contam com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que fazem parte da equipe de saúde da família, são membros da comunidade e possuem atribuições regidas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Entre as atribuições do ACS estão a orientação das famílias quanto ao serviço de saúde; desenvolver ações que busquem a integração da equipe e comunidade; acompanhar por meio de visita

Nunes et al (2002) consideram que o ACS facilita o acesso das pessoas aos serviços médicos e às ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Por ser um membro da comunidade, o ACS é um ator importante quanto ao estreitamento do vínculo com a família.

Quanto às **dimensões de aspecto cultural** sobre os desafios no cuidado, o médico psiquiatra do CAPS relata:

Eles acreditam no senso comum (parte mística), eles são resistentes a consulta médica. Eles acreditam em espírito, em coisas que vem da água. Nós respeitamos as crenças deles e tentamos associar ao tratamento medicamentoso e terapêutico como algo que vai somar às crenças para conseguir a fim de melhor adesão ao tratamento. E aos poucos, com orientação, nós vamos conseguindo tratar o nosso usuário. Os profissionais aqui costumam associar a questão cultural e as crenças com o cuidado profissional. Essa foi a forma que conseguimos fazer com que eles não abandonem o tratamento.

Em sua pesquisa com a população quilombola no baixo rio Amazonas, Silva (2019) compreende que o fator cultural não se constitui como barreira de acesso, pois a particularidade de cada pessoa precisa ser levada em consideração na oferta do cuidado e no acesso ao serviço de saúde. Faz-se necessário entender o cenário em que cada pessoa está inserida, pois em algumas situações o usuário consegue acessar de forma rápida uma prática tradicional (como uso de plantas), porém em alguns momentos esse acesso irá apresentar alguns desafios, como logístico por exemplo, logo a busca pelo método biomédico será mais adequada para aquele momento.

As características e formas de manter o cuidado em saúde dos ribeirinhos são aspectos de grande importância para discussão, principalmente ao levarmos em consideração as particularidades quanto ao modo de vida e o território em constante movimento que eles apresentam. Os aspectos culturais tornam-se potência no

cuidado, quando buscamos entender e respeitar as características do povo ribeirinho, além de inserir suas particularidades como parte do cuidado em saúde.

Os desafios envolvem a questão logística, aqui apresentada como **dimensão técnica**, quanto a locomoção e distância para chegar na cidade, o enfermeiro discursa:

Eu acho assim, aqui na instituição não, mas eu vejo a locomoção do usuário, porque o nosso estado é muito grande e a questão de locomoção ainda é muito precária. Essa questão é porque tem a distância, aí quando seca por exemplo tem as comunidades aqui que quando seca a pessoa vai até um determinado período onde tem o rio depois tem que andar não sei quanto, um percurso pra pegar o outro lado do rio porque onde entra lá é o furo³, então tem essa dificuldade toda aí. Mas assim, termo de atendimento não [...]. Se deslocar de uma zona rural distante da cidade, demora pra vim, diferentemente aqui na cidade, você pega um mototáxi, você já está aqui né. E as vezes eu pergunto e eles dizem que tiveram que pegar o barco as dez da noite pra amanhecer aqui, ou peguei as quatro da manhã pra amanhecer aqui, as vezes não tem dinheiro pra vim de lá e ainda tem que pegar o mototáxi pra vim de lá pra chegar aqui, dependendo de onde o barco pare, tem toda essa questão aí também.

Na pesquisa de Medeiros (2020), a barreira geográfica no território amazônico apresentou-se relacionada ao transporte da população ao serviço de saúde, principalmente no período da seca, pois há dificuldade de a embarcação chegar até as residências, necessitando que os usuários caminhem longos trechos para chegar à margem do rio principal para conseguir embarcar. Essa relação também surge quando ela expõe a dificuldade da equipe em assistir esses usuários devido a distância entre a unidade e a residência ou comunidade.

Para a Assistente Social, o maior desafio está em traçar o perfil dos usuários com suas respectivas patologias:

O maior desafio é a gente identificar essas patologias. Eu atendi um paciente, que teve um diagnóstico recente, sendo que ele já tem uma patologia de esquizofrenia desde criança, então eu acredito que quando, no caso o município, a gente deveria fazer um perfil né, contratar uma equipe pra fazer um perfil das pessoas que tem um diagnóstico, fazer uma triagem na verdade de saúde mental, porque a gente não tem mas tem muito paciente da área ribeirinha que tem com certeza algum diagnóstico de saúde mental. A gente olhando assim pela questão de olhar clínico, tem muitos pacientes na área ribeirinha que tem dificuldade no acesso de

³ Furo: termo usado para referenciar a união de dois rios ou rio e lago (ANDRADE, 1956).

chegar à cidade. Então a gente teria que ver uma estratégia o município pra conseguir fazer essa identificação.

Outro desafio que envolve o cuidado com a população ribeirinha, segundo a Assistente Social é a forma de locomoção:

O transporte é um desafio. Tem uma paciente que faz a farinha, faz o tucupi, a tapioca pra ela vender pra ela fazer os exames, pra ela vim pro CAPS pra terapia. Então, essa questão do transporte, e o acesso a alimentação. Porque agora no momento as terapias que os pedagogos faziam com os pacientes estão suspensas por conta da COVID também. Mas pra área ribeirinha a questão do transporte é bem complicada. Seria também interessante ter um CAPS itinerante, pra atender esses usuários.

Na pesquisa de Gama et al (2018) com os ribeirinhos do município de Coari – Am, uma das barreiras encontradas foi a socioeconômica, principalmente em virtude da dificuldade em conseguir combustível para fazer o transporte, como rabetas e motor de centro, o que dificultava o acesso ao serviço de saúde.

A seguir, apresentamos um quadro explanativo com as dimensões do acesso identificadas nos discursos dos participantes da pesquisa:

Quadro 3- Dimensões do acesso ao serviço de saúde

Dimensões do acesso	Discursos
Político	<p>“Nos casos de urgência, eu sei que o município ajuda na logística de transporte para trazer o usuário das comunidades para cá, através das ambulanchas. Geralmente quem vem acompanhando é o ACS, que ajuda muito a gente, principalmente nos locais mais distantes” (Psicólogo CAPS).</p> <p>“Nós temos articulação entre estado e município quando precisamos transferir para Manaus. Não lembro de presenciar alguma transferência psiquiátrica, mas com certeza se a gente precisasse, seria feito a transferência via TFD” (Assistente Social do Hospital)</p>
Econômico – social	<p>“Nossa maior dificuldade é atender aqueles que moram em comunidades muito distantes, como a gente atende todas as comunidades ao redor e também alguns municípios mais próximos, a gente se depara</p>

	com esse problema de que muitos demoram horas para chegar até aqui, alguns demoram dias para chegar no município [...] O ACS nos ajuda muito porque eles trazem a demanda pra gente” (Gerente do CAPS)
Técnico	<p>“Tivemos que nos adaptar nessa pandemia, porque todos os nossos projetos terapêuticos foram suspensos. Conseguimos essa tenda com o prefeito, então a gente começou a fazer encontros coletivos com aqueles que conseguiam vir até o CAPS. As orientações eram passadas aproveitando os dias que os grupos das comunidades vinham para as consultas, porque aqui a gente tenta marcar as consultas dos que moram longe no mesmo dia, para aproveitar o transporte” (Gerente do CAPS).</p> <p>“Nós conseguimos ter uma articulação boa com a equipe do CAPS. Quando entra algum paciente psiquiátrico aqui no hospital, nós já acionamos o CAPS e algum profissional de lá vem aqui para acompanhar o caso. Quando eles saem de alta, eles já são direcionados para continuar o tratamento no CAPS” (Assistente Social do Hospital Jofre)</p>
Simbólico	“Os ribeirinhos têm muitas crenças, as vezes eles não querem vir porque não querem tomar remédio, preferem tomar os chás que eles já usam lá. Aí a gente tem que considerar essas crenças né, porque faz parte da vida deles, mas mesmo assim a gente conversa e orienta também a importância de vir com o médico e de tomar as medicações, sem excluir os chás deles” (Enfermeiro CAPS).

Fonte: A autora, 2022

Em sua pesquisa sobre o fluxo dos ribeirinhos no acesso à rede de urgência e emergência no município de Barreirinha – Am, Santos (2020) demonstra que a saída dessa população em direção ao serviço de saúde na sede do município dar-se através do uso de embarcações do tipo ambulanchas, que ficam localizadas no distrito do município. Ainda afirma a importância do ACS como agente intermediador do cuidado, no qual muitas vezes é ele quem acompanha o usuário durante o transporte ao serviço de saúde de referência.

Segundo a mesma pesquisa, os casos de urgência clínica obedecem a uma logística pactuada dentro do município através de serviços disponíveis para esse transporte. Em relação aos usuários em urgência psiquiátrica, observamos através dos relatos dos profissionais que o transporte, inúmeras vezes, é custeado pelo próprio usuário e sua família.

Não há registros suficientes que apontam a logística financiada pelo município para realizar o transporte dos usuários em caso de urgência psiquiátrica, o que torna esses aspectos como um ponto de discussão, abordando pela perspectiva do cuidado universal. Usuários em surto psicóticos ou outra urgência psiquiátrica, pela rede de urgência e emergência, deveria se dar através de equipe treinada e profissionais preparados e capacitados para abordarem esse público. Estamos entre o ideal e o possível, que configura o real, se constituindo num desafio para a gestão da saúde no território líquido.

CAPÍTULO III – REDES VIVAS E OS CAMINHOS DO USUÁRIO NA PRODUÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

3.1 O Encontro com o usuário guia

O encontro com o usuário guia acontece na interconexão de corpos que vibram e trocam saberes, representados por sujeitos com afecções produzidas a partir dos encontros. Ferla et al (2016) afirmam: “decididamente, não se faz pesquisa sem o corpo!”. Para isso fizemos a imersão dos corpos na história do usuário protagonista da pesquisa, Paulo (nome fictício do usuário).

O primeiro contato com Paulo foi feito através de sua mãe Maria (nome fictício), que conheci a partir da interlocução com a equipe do CAPS. No encontro com sua mãe, fiz a apresentação da pesquisa expondo a proposta principal que envolvia a imersão no contexto que o usuário escolhido vivia. Após sua liberação, o contato foi feito via telefone e assim agendamos nossa ida à sua moradia, na Vila Amazônia.

Combinamos em ir na lancha da saúde da Vila Amazonia, comunidade que o usuário-guia reside, porém em virtude de alguns contratemplos, a lancha não conseguiu vir a Parintins no dia e horário agendado. Então decidimos ir na lancha de transporte de usuários que saía do mercado. Escolhemos a lancha, pois a família não tinha rabeta e, também, porque a lancha nos levaria em menos tempo até o usuário. Na Amazônia, a equação tempo/tipo de barco é muito relevante para os deslocamentos. Parti em direção a Vila Amazônia, acompanhada da senhora Maria e do técnico de Enfermagem do CAPS.

A viagem durou cerca de 20 minutos de Parintins até a Vila Amazonia. Nesse percurso pude contemplar as particularidades de quem vive às margens do rio. Observei as casas flutuantes, que naquele período de cheia, moviam-se conforme o fluxo das águas. As árvores estavam submersas pela água devido a maior cheia registrada na história do Amazonas, segundo diferentes relatos do cotidiano. Observamos o fluxo nas águas do rio Amazonas, em que o ribeirão, em sua

rabeta, sai para buscar alimentos e outros mantimentos, ou grupos fazem o transporte na balsa com carros e bicicletas e, de forma mais lenta,

Ao chegar no porto de Vila Amazonia (figura 9), usamos uma moto com carga traseira, que nos levou ao encontro do usuário-guia. Ao chegar na casa, logo fui recebida pelo usuário-guia, que relatou estar ansioso pela nossa conversa. Fui recebida com toda sua simpatia e fui convidada para entrar em sua casa. A casa era grande e de Alvenaria, com uma longa varanda. Noto que a casa é gradeada até o teto, bem colorida, com um quarto, uma cozinha e um banheiro e na sua área externa observo alguns objetos de peso para prática de atividade física. No mesmo terreno há outra casa de alvenaria em que moram seu irmão Jonas e sua cunhada Joana (nomes fictícios). Noto também a presença de alguns animais como cachorro e galinhas no quintal.

Ao nos sentarmos, percebo Paulo atento ao encontro e mostrando interesse em manter uma comunicação ativa e com falas lúcidas e conectadas. Nesse momento foi apresentada a proposta do projeto e feito o questionamento se Paulo gostaria de me ajudar a construir a pesquisa. De imediato, me confirma e assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Na conversa participaram eu, enquanto pesquisadora, Marcos e sua mãe Maria.

Paulo tem 41 anos, divorciado há 4 anos, sem filhos, filho de Maria com 67 anos e João, com 68 anos (nome fictício do pai) e tem 10 irmãos. Mora na casa da sua mãe na Vila Amazonia há aproximadamente 2 anos. Paulo relata que se mudou assim que foi decretado a pandemia do novo coronavírus, em virtude de ter menos risco de contaminação e por ser um lugar mais tranquilo, não perturbando a sua mente, como em outras cidades com maior movimento. Nasceu em Parintins, local onde residem seus pais e cinco dos seus irmãos, uma irmã mora atualmente em Manaus.

Paulo estudou até a 5ª série e nunca trabalhou formalmente. Atualmente recebe o Benefício de Prestação Continuada (PBC).

Eu parei de estudar cedo porque cedo eu já comecei a ir pro caminho errado, eu gostava de fugir da escola para ficar com meus amigos

Seus pais são aposentados com um salário-mínimo cada e seu irmão tem uma marcenaria em Parintins. Informa que nunca trabalhou, fazia apenas *bico* (termo popularmente usado para referir-se a trabalhos informais). Sua rotina era ficar na interação com seus amigos, como: fugir da escola, ficar atrás da quadra fumando cigarro, sair para as festas e ficar na rua.

Em relação ao suporte em casa, ele diz que há mudança com relação ao deslocamento à Parintins entre o período de cheia e seca.

No período da cheia a lancha sai lá do porto, porque a água vem até a beira, mas na seca a gente tem que ir de carro ou moto até a beira do matadouro (nome dado pela própria população local) para poder pegar a lancha e sair da vila.

Esse período também influencia diretamente a alimentação de quem reside ali. Para Paulo a alimentação dos moradores da Vila vem da agricultura e da pesca. O primeiro sofre impacto direto durante a cheia, pois as plantações ficam submersas pelas águas, o que impossibilita o plantio e a colheita. Já durante a seca, a plantação é mais fácil já que a terra não fica alagada. O segundo sofre impacto no período da seca, já que não há tanta oferta de peixe nesse período, diferente de quando há o período da cheia, em que há um consumo mais elevado desse alimento.

Figura 9 - Porto de Vila Amazônia

Fonte: A autora, 2021

3.2 As memórias do usuário

O percurso que envolve a história de Paulo com os serviços de saúde mental envolve diversos encontros, que, em algum momento, direciona a sua forma de cuidado e suas perspectivas no acesso ao serviço local. Todo e qualquer trabalho em saúde, se faz a partir dos encontros com o usuário Merhy (2016). Ao iniciar sua história com o transtorno Paulo e sua mãe me contam com detalhes como chegou ao CAPS de Parintins.

A mãe de Paulo lembra que o episódio de surto ocorreu dia 13 de setembro de 2017. Ele diz que não lembra exatamente o que aconteceu naquele dia, mas lembra que havia feito uso de drogas, mais precisamente crack e mel (conhecido como merla, um subproduto da cocaína). Estava sem tomar a medicação há alguns meses, porque vinha se sentindo melhor e não queria mais ficar tomando remédio todos os dias. Sentia-se perdido, com vários pensamentos negativos e com raiva. “Lembro de me sentir perdido, sentia muita raiva e queria comprar drogas, mas minha mãe não queria me dar dinheiro, eu roubava dentro de casa para conseguir dinheiro para comprar drogas. Estava loucão.”

Nesse momento, dona Maria se emociona ao lembrar do fato. Disse que ficava muito preocupada com seu filho, principalmente com medo de que algo mais grave acontecesse. “Ele ficava muito agressivo por causa da doença e piorava quando ele usava drogas. Ele roubava as coisas de casa e eu cheguei a ter que esconder as coisas para não perder para as drogas. Meu filho sofreu muito naquela época”.

Paulo volta a falar que sua mãe chamou a polícia para ajudar. Ele relata:

A polícia chegou e logo vieram vários homens me segurando forte, eles me machucaram com força para tentar me segurar, porque eu não queria que eles me amarrassem.

Sua mãe relata que teve que chamar a polícia pois não tinham ninguém que conseguisse segurá-lo.

Ele tinha muita força, quando ele surta a força dele aumenta de tamanho. Então pedi ajuda dos vizinhos que chamaram a polícia. Eles colocaram meu filho na viatura e como aqui na vila não tem hospital, eles tinham que mandá-lo para Parintins.

Paulo lembra que nesse momento apareceu o ACS como ponto da rede de atenção à saúde mental da sua área, que já estava sabendo do ocorrido. Ele entrou em contato com o Hospital Jofre Cohen para que pudessem enviar ambulância para levá-lo, já que ela estava em Parintins. Após 20 minutos, a ambulância chegou e já o aguardava no porto da Vila. A polícia local o acompanhou realizando contenção. “Lembro de sentir dor porque me algemaram para eu não agredir ninguém”.

A viagem na ambulância durou cerca de 20 minutos. Paulo relata que tinha pensamentos negativos e continuava agitado. Sua mãe foi o acompanhando junto a dois policiais, o condutor da embarcação e o ACS. Ao chegar no porto, por volta de 16 horas, uma ambulância do município já o aguardava para encaminhá-lo ao hospital. A equipe de resgate da ambulância realizou o primeiro contato através de uma conversa para entender o que tinha acontecido. As informações foram repassadas pela sua genitora e o ACS que acompanhava a família.

Dona Maria lembra: “A equipe me perguntou o que havia acontecido e expliquei tudo pra eles, que meu filho não estava tomando os remédios e que tinha

usado droga. Estava agitado e agressivo”. A equipe realizou abordagem verbal, sem muito êxito e foi preciso fazer a contenção física para manter a segurança do usuário e dos demais.

Ao chegar no hospital, a equipe do pronto atendimento logo fez as medicações de urgência psiquiátrica. Em seu registro no hospital consta que foi feito 2 ampolas de Haldol de 5mg + 1 ampola de Prometazina 25 mg + 1ml de Diazepam.

No momento que Paulo foi atendido pela equipe do hospital, ele relata: “Lembro de estar muito agoniado e várias pessoas vieram para cima de mim. Aplicaram remédio bem aqui (ele mostra a região do glúteo) e depois não lembro de nada. Só sei que acordei numa cama lá na enfermaria com minha mãe sentada do meu lado”.

No seu prontuário no hospital, consta que Paulo deu entrada no pronto atendimento dia 13 de setembro, às 19 horas, apresentando quadro de agitação psicomotora, psicoses e heteroagressividade. Foi realizado as medicações citadas acima para contenção química e ficou em observação por 24 horas em leito Psiquiátrico.

Os registros da sua admissão no hospital só puderam ser vistos em documento, pois os membros da equipe que o atenderam no dia não eram os mesmos que estavam de plantão no momento da coleta da pesquisa. A rotatividade em ambiente hospitalar, principalmente no pronto atendimento foi um ponto desafiador para compreender as informações.

O usuário ficou internado por 3 dias no Hospital. Nesse tempo a equipe do CAPS foi informada da internação de um dos seus usuários no Hospital. Quem foi visitá-lo, respondendo pelo CAPS, foi o técnico de Enfermagem Mauro (nome fictício):

Nossa rotina no CAPS é sempre prestar apoio ao hospital no caso de usuários do CAPS que agravam e dão entrada lá. No caso do seu Paulo também foi assim. A Assistente Social do CAPS ligou para nossa diretora e informou que havia dado entrada um paciente do CAPS na emergência do hospital. Na manhã do dia 14 de setembro, fomos lá fazer a visita. O Paulo já é nosso usuário desde 2007, então já conhecemos a história dele.

O técnico de Enfermagem fez a visita para identificar a gravidade do caso. O acompanhamento foi feito durante os três dias em que Paulo ficou internado. No hospital lembra-se que acordou ainda sob efeito da medicação, mas estava em um leito da enfermaria com outro paciente ao seu lado.

Nesse momento surge a equipe e a forma de atendimento no hospital:

Lembro que veio a assistente social e perguntou sobre minha vida e onde eu morava. Ela fez várias perguntas. Não lembro se respondi tudo. Depois veio a psicóloga, ela foi muito legal comigo. Ela perguntou o que tinha acontecido e como me sentia. Eu tentei contar pra ela o que eu lembrava, as vezes minha mãe se metia e falava quando esquecia algo.

Tanto a mãe quanto Paulo lembram que durante os três dias que ficaram no hospital foram bem tratados pela equipe local e durante esse relato, eles a todo instante lembravam que a equipe do CAPS realizava visitas durante sua internação. Após três dias no hospital, relata que teve alta, mas quando ele pensou que já ia para casa, ele lembra que foi direcionado ao CAPS para continuar o tratamento.

No dia da minha alta o Mauro foi lá comigo. Ele disse que eu ia com ele lá no CAPS para passar com a equipe de lá e continuar o tratamento para eu não surtar e voltar para o hospital. Ele me levou no carro do CAPS e quando cheguei lá passei com o médico psiquiatra e com o psicólogo.

Quando um paciente do CAPS dá entrada no hospital, o Enfermeiro acompanha o caso e quando o usuário tem alta, ele é acionado novamente para continuar o cuidado no serviço especializado:

A gente acompanha esse paciente até o CAPS para passar por uma reavaliação quanto as medicações. Se precisa trocar ou atualizar. No caso do Paulo, ele estava com resistência para tomar as medicações e tinha voltado a usar drogas. Já fazia tempo que não usava. Após a avaliação do psiquiatra junto com a equipe, foi decidido que o Paulo iria fazer medicações orais e injetáveis de forma regular.

Após realizar o acompanhamento junto ao CAPS, Paulo retornou com sua mãe para a Vila utilizando a balsa que faz a travessia. Eles informaram não terem recebido nenhuma ajuda para esse retorno. Informaram ainda que não é comum o município dar algum tipo de assistência financeira. Apenas nesse episódio houve essa articulação, mas a mãe informou que outros episódios que aconteceram

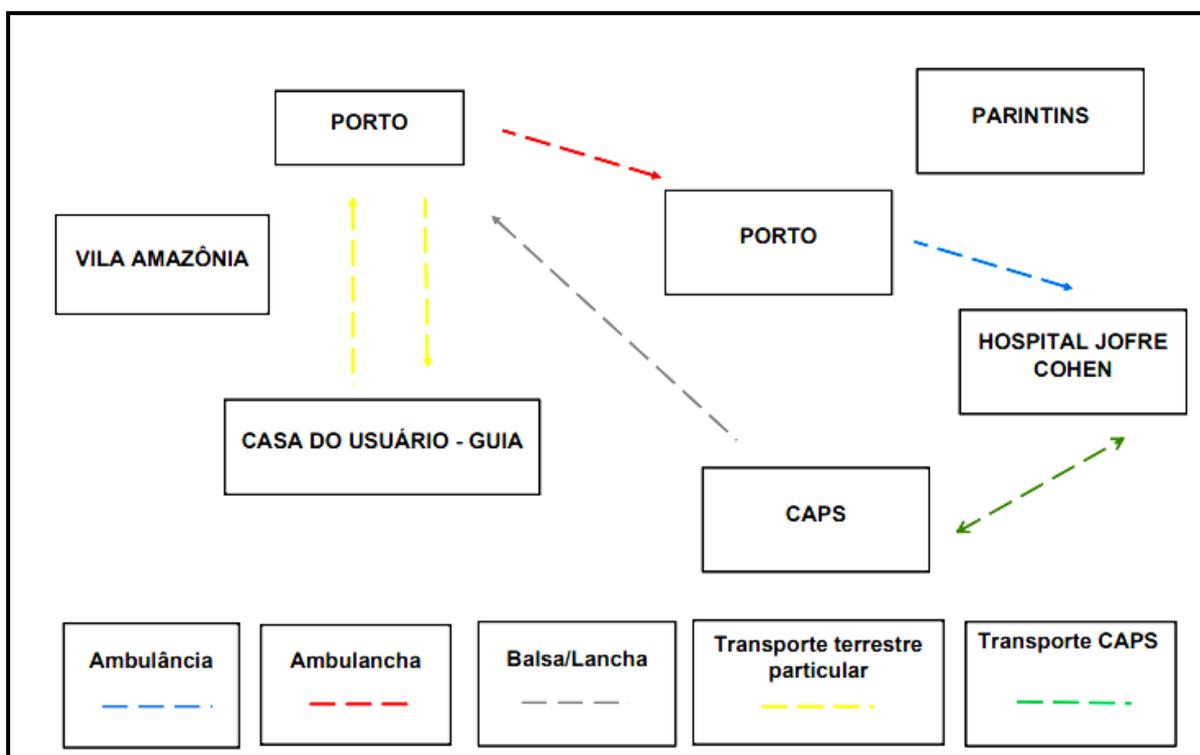
anteriormente ela teve que contar com a ajuda dos vizinhos para conseguir levar Paulo a Parintins.

Desde 2017 não teve mais episódios de surtos, apesar que, em alguns momentos ele passa por variações de comportamento. Dona Maria relata, com a voz embargada:

Sabe minha filha, eu amo meu filho! Tudo que pude fazer para salvar ele eu fiz. Não é fácil! É uma luta diária deixar ele bem. Ele fica aqui nessa casa sozinho e as vezes eu me preocupo lá em Parintins, mas eu não posso deixar tudo lá, meu marido, netos e filhos para estar só aqui com ele. Meu filho sofreu muito. Se drogou desde cedo, fez coisas erradas e pegou essa doença. Mas estamos aí né minha filha. Continuamos na luta.

A assistência hospitalar em casos de urgências psiquiátricas ainda é um tema de importante discussão científica e política, pois ainda há resistência no atendimento, mesmo com a evolução do cuidado em saúde mental. Em pesquisas sobre o atendimento em casos de urgências psiquiátricas no país, observa-se que apesar da evolução advinda da reforma psiquiátrica, o setor hospitalar ainda carece de maior assistência quanto a implementação de educação continuada ou permante aos profissionais a nível hospitalar na abordagem a esse público (NASCIMENTO et al., 2019).

Figura 10 - Fluxo do usuário guia no acesso à rede de Atenção Psicossocial



Fonte: A autora, 2022.

Na figura 10, observamos os caminhos para a construção da rede do usuário-guia, percorrendo as unidades de referência no atendimento em saúde mental. Essa rede formal parte da casa do usuário, através do seu episódio de surto, indo em direção ao porto da Vila Amazônia, que foi utilizado nesse dia, porém salientamos que em período de Seca o acesso ao porto local fica limitado e o usuário precisa fazer um caminho alternativo caminhando pelo lugar conhecido como matadouro até chegar às margens do rio em que as embarcações conseguem acessar. A ambulância realizou o transporte da Vila à Parintins e observou-se que não havia equipe para abordagem do usuário, esse movimento foi feito pelos policiais e pelo ACS. A equipe de saúde só teve contato com Paulo já em terra Parintinense. Destacamos aqui a importância de equipe treinada e qualificada para realizar abordagem em casos de urgências psiquiátricas, visto o alto risco de acidente com o usuário durante o trajeto.

3.3 O olhar do usuário no acesso no serviço de saúde mental

As redes apresentam inúmeros conceitos baseados em distintos objetivos. No seu significado mais originário, Castells (2005) define rede como um “sistema de nós interligados” que dependendo da situação esses nós podem ser acrescentados ou diminuídos. Já Mendes (2010) refere que as redes estão organizadas hierarquicamente, atendendo as demandas de baixa, média e alta complexidade no setor saúde. Na pesquisa buscamos um olhar além desses conceitos, trabalhamos as redes na perspectiva do vivo, que se movimenta de forma complexa e plural, conforme Araújo (2017).

As redes vivas relacionam-se às pessoas com seus modos e particularidades nas dimensões simbólica e material. Essas redes estão em constante movimento, apresentando complexidade e fortes vínculos em suas conexões (HEUFEMANN et al, 2016).

Aqui, analisamos alguns pontos dessa rede viva, que como destacam Merhy et al., (2016), o usuário, como sujeito inserido nas redes formais de cuidado, é aquele desprovido do saber, de conhecimento e experiências, muitas vezes sendo aquele que precisa deixar sua história fora do serviço de saúde. Quando se aborda as redes vivas, observa-se o contrário, o usuário é o protagonista e direcionador da sua própria história e da produção do cuidado.

Nesse sentido, cada usuário demanda suas afecções e construções que se relacionam diretamente na produção do cuidado através da sua história e modo de viver, construindo constantemente seus encontros. Assim, através da sua pluralidade, o usuário tece sua rede viva através de suas conexões que vão além da sua formalidade e singularidade.

Na produção do cuidado do Paulo, as suas redes vivas foram tecidas (Figura 11), partindo inicialmente da rede formal que ao longo do percurso se entrelaçam com as redes informais. Nessa rede destaca-se membros da equipe do CAPS como o funcionário do setor administrativo que trabalha desde sua implantação, e que inicialmente foi um dos profissionais que apontaram Paulo como possível usuário guia da pesquisa. Paulo fala dele com muito afeto:

Ah, seu Tony (nome fictício do funcionário administrativo do CAPS) é muito querido. Sempre que vou no CAPS eu vou lá na janela da sala dele e bato chamando por ele. E ele sempre me trata muito bem, a gente conversa sobre várias coisas e ele me mostra o seu caderno de histórias de outros pacientes que passaram pelo CAPS. Ele sempre se preocupa comigo.

Durante meu encontro com seu Tony, esse episódio acima foi lembrado por ele, que logo desabafa:

O Paulo já é nosso paciente desde 2007, o CAPS aqui foi inaugurado em 2005. Então ele já é um paciente antigo que sempre está aqui. Ele já deu muito trabalho para essa equipe. Principalmente porque ele veio das drogas e depois desenvolveu o transtorno mental né. A equipe já discutiu muito o caso dele aqui até conseguir manter ele estável com as medicações e as terapias.

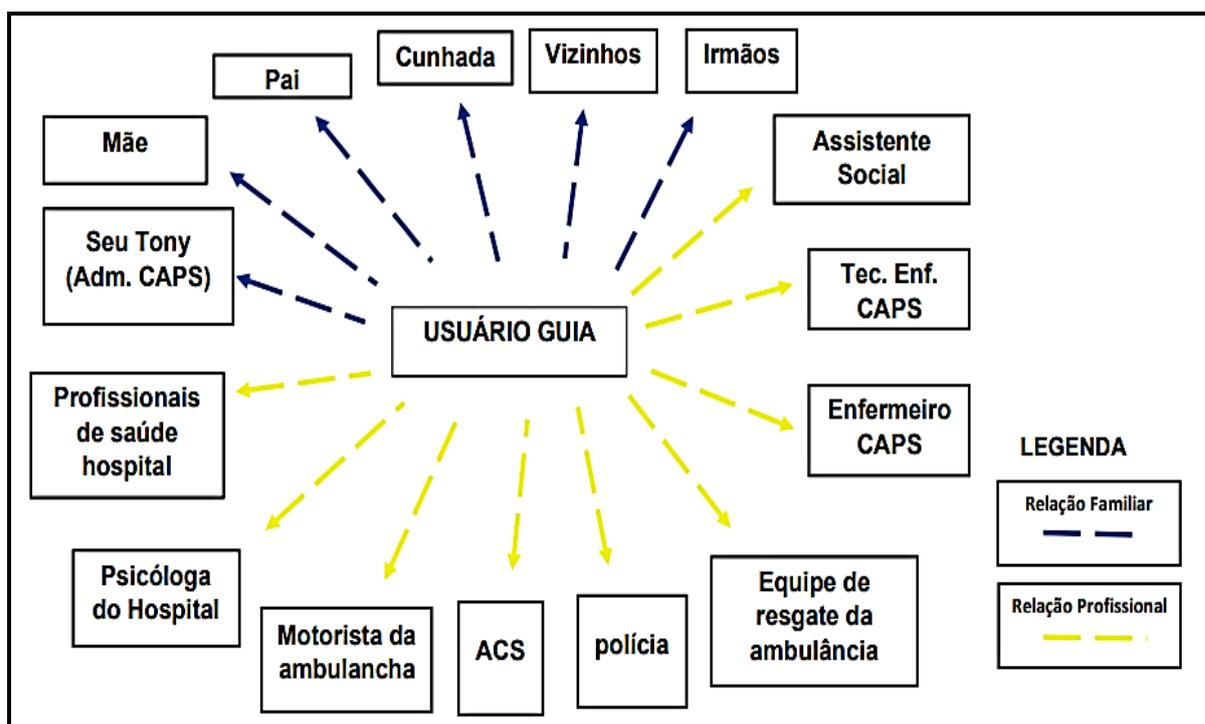
Além do seu Tony, Paulo mantém uma relação próxima com o técnico de Enfermagem Mauro, que também é um dos funcionários mais antigos do CAPS. Ele refere que sempre Mauro o ajuda com as medicações. Houve um tempo em que Mauro ia até a Vila para aplicar as medicações. Mas depois a equipe da UBS Padre Francisco Lupino começou a administrar, pois o CAPS enviava o esquema e a equipe de enfermagem da unidade fazia a administração.

Dentro da rede informal, composta por familiares e outros envolvidos, destaca-se o elo forte existente na relação mãe-filho. Dona Maria sempre foi a figura mais presente desde os primeiros sintomas apresentados por Paulo. Ela proporciona segurança e companhia diante dos procedimentos de assistência. O pai apresenta uma relação enfraquecida, pois nos momentos em que o nome do pai era introduzido na conversa, Paulo demonstrava mágoa e introspecção. Ele sempre dizia: “Meu pai é aquele cearense brabo sabe, ele pega pesado”.

Não foi notado a participação ativa do pai no processo de cuidado. Apenas um irmão aparece como elo forte na relação. O irmão que mora no mesmo terreno que ele, pois Paulo relata que sempre que precisa de alguma ajuda ou orientação, esse irmão vai até ele para ajudá-lo. Assim como a sua cunhada, esposa do irmão. Ainda assim nota-se a falta do irmão no dia a dia da vida do Marcos.

Esse meu irmão e minha cunhada, que mora aí do lado me ajuda muito. Sempre que eu preciso de alguma coisa eles vêm e me ajudam. Mas as vezes eu sinto falta do meu irmão, porque ele não é de vir aqui em casa sempre. A minha cunhada fica lá dentro e só vem aqui quando peço ajuda. Mas eu gosto deles

Figura 11 - Rede Vivas do usuário guia



Fonte: A autora, 2022

As redes são produzidas a partir de encontros dos sujeitos com suas experiências vivenciadas. Os usuários, segundo Merhy (2014), produzem suas próprias redes vivas e vai além, são redes vivas de si próprios, pois estão a todo momento construindo relações, conexões, saberes e práticas, compartilhando cuidado. Essas redes podem surgir pela necessidade ou por conveniência e podem se desfazerem a qualquer momento.

Portanto, não podem ser descritas com regras e formas fixas, as redes vivas vão sendo construídas e formadas em movimento, conforme a vida e seus acontecimentos ao longo da existência do sujeito. A rede formal do usuário guia é constituída por profissionais de saúde e de segurança que entraram em contato direto com o caso do usuário.

Quanto à relação ao acesso ao serviço de saúde, as redes vivas influenciam de forma formal ou informal na produção do cuidado e nas condições de saúde. Importante pensar no conceito ampliado de saúde onde não se discute apenas a questão doenças, mas a qualidade e bem-estar do indivíduo que influencia diretamente na busca pelo serviço (MERHY, 2016).

As populações em seu território ribeirinho utilizam o local de acordo com seus interesses e necessidades. As relações, culturas, crenças e costumes influenciam diretamente no modo em que o sujeito busca o serviço de saúde, através de suas conexões existenciais, sendo que essas características vão para além da delimitação geográfica em que o sujeito perpassa.

Logo o conceito de redes vivas torna o usuário protagonista do cuidado convidando, assim, o profissional de saúde integrar seus saberes, pois ele também tem um papel importante com participante e produtor de suas redes e do usuário a fim de amplia o cuidado em saúde (HADAD et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa dissertação foi um processo de formação em ato e uma artefaria: ao mesmo tempo que se produzia conhecimento sobre a pesquisa em saúde coletiva, se construía e reconstruía o objeto estudado. Foram muitos desafios vivenciados, incluindo os saltos estruturalistas de modelos de saúde para um olhar processual na construção das redes vivas. Essa transformação veio a partir dos encontros com pessoas que se articulam em diferentes perspectivas e vão construindo suas próprias redes vivas.

No primeiro capítulo pudemos identificar o protagonismo no CAPS de Parintins como um local de afecções, aquele lugar de acolhimento e escuta qualificada, que buscou, mesmo em meio à pandemia que marcou o século, realizar uma cobertura de saúde respeitando os direitos de cada usuário que buscou o serviço. Percebemos a importância do trabalho conjunto de uma equipe empenhada em atender seus usuários, criando novas estratégias para a continuidade do cuidado, como as tendas externas para encontros coletivos ou individuais, ou o suporte profissional disponibilizado aos outros serviços que saúde, como nos hospitais gerais que atendiam os casos de emergências psiquiátricas. Falar de integralidade do cuidado quando o serviço e a equipe se reinventam com base nas necessidades do território foi um exercício facilitado. Além disso, observamos uso da tecnologia leve como forma de aproximação entre os sujeitos, sendo apontado também como ponto desafiador na produção do cuidado aqueles que vivem em áreas mais isoladas.

Os desafios também incluíram as informações registradas de forma limitada, trazendo uma reflexão sobre as bases de informação que incorporem mais elementos do usuário para além das causas biomédicas, mas esse é um limite do modelo padronizado nas interações e nos usos dos corpos. No momento do atendimento, as pessoas são reduzidas a indivíduos portadores de patologias e isso ofusca suas condições subjetivas, inclusive aquelas que tornam a pessoa singular e sua saúde mais forte. Tanto no CAPS, quanto nos hospitais, essas informações poderiam fazer parte do cuidado, a informação ou a falta dela também pode ser uma violência. No segundo capítulo identificamos os aspectos do acesso em seus

âmbitos políticos, culturais e técnicos onde os transportes fluviais são os principais meios utilizados por aqueles que vivem em zona rural e que o tempo gasto para acessar o serviço, além do processo de cheia e seca dos rios, influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde mental. Foi apontado as questões de crenças e religião com instrumento de adesão ou não ao tratamento, além da importância de buscar associar as culturas para que haja êxito no tratamento e continuidade do cuidado. A pessoa é um ser com crenças e valores que deve fazer parte do cuidado.

Já no terceiro capítulo identificamos que as redes foram sendo construídas e tecidas pelas pessoas em seu cotidiano. Aqui o destaque é para o protagonismo do usuário dos serviços, que não é paciente da ação dos profissionais, mas que tece redes de apoio que suprem dimensões indisponíveis no cardápio de ofertas dos estabelecimentos de saúde aos quais sua condição é referida. Inclusive mobiliza afetos e reações fora dos protocolos dos próprios serviços de saúde, demonstrando que o cuidado transcende protocolos e normas oficiais. Nessa caminhada vários conceitos ganharam outras perspectivas, como a utilização do termo ribeirinho como um sujeito amplo, não fixado à ideia daquele que apenas mora às margens dos rios.

O olhar para as redes de saúde mental em Parintins tomando uma ideia de teia-relação, ou seja, quando acontecem os encontros e desencontros entre as diferentes tecnologias, as palavras, as narrativas, as impressões e sentimentos. Todo cuidado em saúde mental se constitui em teias relacionais que envolvem a totalidade da pessoa, dos serviços, dos trabalhadores, do território e dos caminhos percorridos pelos sujeitos. Os afetos construídos me proporcionaram uma nova visibilidade a partir do cuidado em rede.

O usuário guia, enquanto protagonista do cuidado, construiu suas redes vivas formais e informais que ao longo do seu tratamento, impactaram na continuidade do cuidado e fizeram dele um caso complexo e múltiplo, que necessitou mais do que estava no protocolo, gerando uma dinâmica que envolveu toda equipe de saúde, a família e amigos.

Na construção do percurso, a dissertação contribuiu com o desenvolvimento da categoria de “território líquido”, tornando visível uma característica até então

inédita: a interpenetração das condições de vida no ciclo das águas. Na dissertação, a oscilação do nível dos rios foi explicação para as oscilações do acesso nos serviços, quando a produção de alimentos que acompanham as famílias nas cheias é planejada e realizada no período da vazante. Quando o ciclo das águas não se completa, como numa cheia que transcende aos níveis anteriores, a produção de alimentos na agricultura de subsistência fica frustrada e essa condição acompanha a vida no período subsequente. Quando o encadeamento do ciclo das chuvas surpreende os ribeirinhos, a prioridade de produzir os alimentos de subsistência se sobressai ao cuidado em saúde, justificando a ausência nos serviços. O território líquido também interfere na produção do acesso aos serviços, não apenas por facilitar ou dificultar o percurso de várzea, mas também por fixar as pessoas nas suas atribuições de interesse coletivo, como a produção de alimentos.

A partir dessa vivência, apontamos a necessidade de discussões acerca do atendimento e acesso ao serviço de saúde mental para a população ribeirinha, que assim como qualquer pessoa precisa ter seus direitos ao acesso ao serviço de saúde garantido e respeitado. O termo apoio psicossocial parece adequado também aqui, e particularmente aqui, uma vez que a produção da saúde e da vida se interconectam de forma intensa. O cuidado em saúde mental, como o cuidado com os principais agravos, inclusive a pandemia, incluir a produção de autonomia do andar da vida.

Espera-se com essa pesquisa, proporcionar novas reflexões e novos estudos acerca do acesso aos serviços de saúde mental para a população ribeirinha a fim de construir novas propostas de cuidado e assistência aquele que necessita do serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M.C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, ed. 11. 2019

ANDRADE, G. O. de. "Furos, Paranás e Igarapés." Análise genética de alguns elementos do sistema potamográfico amazônico. **IN: XVIII Congresso Internacional de Geografia**. 1956.

ARAÚJO, Denise Rodrigues Amorim de. As Redes Vivas no trabalho dos catadores e catadoras de resíduos sólidos no município de Manaus/AM. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. 2017.

ASSIS, J. T. et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.52. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Dispõe sobre Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas Brasília**, 2019.

CAETANO, Adriana Soares e Col. Centro de atenção psicossocial (Caps) e reforma psiquiátrica no Amazonas: um olhar dos profissionais envolvidos. **Sau. & Transf. Soc.**, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, 2011.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. [s.l.] Paz e terra, v. 3. São Paulo, 2005.

CRUZ et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. **APS em Revista**, 2(2). (2020).

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**, v. 25, n. 1, 2015.

FIGEL, F. C., SOUSA, M. C., YAMAGUCHI, L. S., et al. Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19. Curitiba: **R. Saúde Pública**. Paraná. 03(1), 2020. <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3sup1p118>

FRAXE, T. J. P. et al. (EDS.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas**. Manaus, AM: EDUA, 2007.

GAMA, A. S. M et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1–16, 19 fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>. Acesso em: 20/05/2021

GIOVANELLA, L.; FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ C. (Org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GUITTON, Ana Paula A. de L. **Trajetória do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro; uma análise a partir das estratégias políticas para o hospital psiquiátrico**. Dissertação de mestrado apresentada a ENSP/FIOCRUZ, 2010.

HADAD, A.C.A.C.; JORGE, A.O.; MELO, E.M. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. **ver /Med Minas Gerais**. 2016.

HAESBAERT, R. **Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade**. Porto Alegre, 2004. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/petgea/Artigo/rh.pdf>>. Acesso em: outubro, 2021.

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

HAURADOU, G.R; Teixeira, T.A; Chagas, Y.A. (2013). **Somando Saberes em Saúde Mental. Projeto de Extensão Universitária**. Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia (ICSEZ) / Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Comitê de Extensão: Parintins.2013

HAURADOU, G.R. et al. Saúde mental no Baixo Rio Amazonas: as perspectivas do cuidado no município de Parintins, Amazonas. In: Soares, Elaine Pires (org.) et al. A

arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas, AM. - Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.

HEUFEMANN, N. E. C. et al. A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o “longe muito longe” transformado pelas Redes Vivas. In: Emerson Elias Merhy et. al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído na rede. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/parintins.htm>. | Acesso em: novembro, 2021.

KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C. O território que corta os rios: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas. In: CECCIM, R. B... [et. al.]. (Orgs.) **Intensidades na Atenção Básica**: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. 1. ed. v. 2. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

KADRI, M.R.; LIMA, R.T.S; SCHWEICKARDT, J.C. **Território Líquido: A Unidade Básica de Saúde Fluvial 'Igarçu'** In: Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, 2017, Dourados/MS, Universidade Federal da Grande Dourados, 2017.

LIMA, D.K.R.R; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, v.29, n.3, 2019

LIPP, M.E.N; LIPP, L.M.N. stress e transtornos mentais durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 40, nº99, 2020. Acesso em: dezembro 2021.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 2011.

LOPES, Luciana Oliveira. **Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica**. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus.

MARTIN PS, MEUCCI RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 25 (8): 2020.

MARTINS, F.M. educação permanente em saúde no interior do estado do Amazonas – estudo de caso na região de saúde rio madeira/Am.2015.85F. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.) - Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – PPGSSEA. Instituto Leônidas Maria Deane/Fiocruz-Amazônia. Amazonas, 2015.

MAYNART, W.H.C et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista Enfermagem**, 27(4). 2014.

MEDEIROS, M. X. de. **Puxirum de histórias: Lutas por terras e águas em Vila Amazônia – Parintins – Am (1980 – 2000)**. 2017. 275 folhas. Tese (doutorado em história social) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MEDEIROS, J. de. S. **Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do estado do Amazonas**. 2020. 235 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). 2020. 235 folhas. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Amazonas, 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

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

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

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

MOREIRA, L.A.C. Análise do Discurso no Brasil: reflexões acerca de sua construção teórico-metodológica. **Ver. Leitura**, Maceió, n.50, p .125, 2012.

NAVARRO, R. M. **A história da política de saúde mental do Amazonas: a reforma psiquiátrica e sua estruturação**. Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias – Amazonas: Universidade Federal do Amazonas.2015.

NASCIMENTO, B. B., NUNES, D. F. B., SOUZA, T. A. et al. Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. **Arq. Ciênc. Saúde**. UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 215-220, set./dez. 2019.

NASI, C; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev Esc Enferm USP**. 45(5), 2011.

NASIO, J.-D. O que é um caso? Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.2001.

PARINTINS. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Parintins: 2018-2021. Parintins: SEMSA, 2018.

PMP – PREFEITURA MUNICIPAL DE PARINTINS/ SECRETARIA MUNIICPAL DE SAÚDE. Relatório Anual de Gestão – 2020. Parintins: SEMSA/ Prefeitura de Parintins.

PARINTINS. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de enfrentamento ao coronavírus (COVID-19) no município de Parintins 2020.Parintins: SEMSA,2020

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei da reforma psiquiátrica**. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2004.

PEREIRA AR, JOAZEIRO G. Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista O Mundo da Saúde**, 39 (4): 2015.

RUPPELT, B.C; FLORES, A.N.D; SOUTO, V.T et al. Internações em Unidade de Atenção Psicossocial: análise antes e durante a pandemia por COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, 2021. Acesso em: dezembro 2021.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização (do pensamento único à consciência universal)**. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção**. 4. ed. São Paulo:USP, 2006.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, **APS em Revista** Vol. 1, n. 2, 2019.

SANTOS, I. C. P. A. M. dos. **O “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo Amazonas/Am..** 84 laudas. Dissertação (mestrado) - Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, Amazonas,2020.

SARAIVA, L. A. S.; CARRIERI, A. P.; SOARES, A. S. Territorialidade e identidade nas organizações: o caso do Mercado Central de Belo Horizonte. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 15, n. 2, p. 97-126, 2014.

SITUBA, N. S.; SANTANA, P. V. Mobilidade urbana no rio: o ir e vir das catraias do bairro do Abial ao centro da cidade de Tefé- Amazonas. **Revista Geonorte**, v. 8, n. 28, p. 145–160, 15 maio 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/revistageonorte/article/view/3514>. Acesso em: 13.01.2022.

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: CECCIM, R. B... [et. al.]. (Orgs.). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. 1.^a ed. v.1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

SCHWEICKARD, J. C.; LIMA, R. T. de S.; FERLA, A. A. O programa Mais Médicos no território amazônico: Acesso e qualidade na Atenção Básica, travessias de fronteiras e o direito à saúde das gentes. Seção1: As saúdes das gentes no território líquido. In: SCHWEICKARD, J. C.; LIMA, R. T. de S.; FERLA, A. A. Mais Médicos na Amazônia: efeitos no território líquido e suas gentes. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2021. p. 40-52

SILVA, J. M. B. de F. **Território e redes vivas de saúde numa Amazônia quilombola**. Orientador: Dr. Júlio César Schweickardt.2020. 78 folhas. Dissertação (mestrado). Curso Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Programa de Pós Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas. Amazonas, 2019.

SORKIN, D. H., et al. (2021). Rise in Use of Digital Mental Health Tools and Technologies in the United States During the Covid-19 Pandemic: Survey Study. **Journal of Medical Internet Research**, 23 (4), 2021. <https://dx.doi.org/10.2196%2F26994>.

SOUZA, Tadeu de. **Crônicas de Vila Nova**. Manaus: Imprensa Oficial do Estado do Amazonas, 1982

SOUZA, Tadeu. **Missão Vila Nova – Parintins (dos jesuítas aos missionários do PIME)**. Gráfica João XXIII. Parintins/Amazonas, 2003.

SOUZA, José Camilo R. de. Parintins e Vila Amazônia: uma história de construção urbana de imigrantes nipônicos. In: HOMMA, Alfredo Kingo Oyama; FERREIRA, Aldenor da Silva; FREITAS, Marilene Corrêa da Silva; FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto. (orgs.). **Imigração Japonesa na Amazônia: contribuição na agricultura e vínculo com o desenvolvimento regional**. Manaus: EDUA, 2011

SOUZA, José Camilo R. de. **A geografia nas escolas das comunidades ribeirinhas de Parintins: entre o currículo, o cotidiano e os saberes tradicionais**. Tese (Doutorado em Geografia Física). Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

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

SOUZA et al. Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial. **Saúde em redes**, 6(2), 2020. <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3303g571>.

TAVARES, Anderson de Souza. Geograficidades, urbanidades rurais e campesinidade no modo de vida dos moradores da comunidade de santa maria de Vila Amazônia (Parintins/Am). Dissertação (mestrado em geografia) - Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Amazonas. Amazonas, 2016.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.).

Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

UNGLERT, Carmem Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

VIANA, VIRGÍLIO. Abordagem sistêmica para o desenvolvimento sustentável da Amazônia profunda. **Revista tempo do mundo**, n.27, 2021.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM									
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 - FUNDAÇÃO										
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										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Teresina, 495</td> <td>CEP: 69.057-070</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Adrianópolis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: AM Município: MANAUS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (92)3305-1181</td> <td>E-mail: cep.ufam@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070	Bairro: Adrianópolis		UF: AM Município: MANAUS		Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com
Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070									
Bairro: Adrianópolis										
UF: AM Município: MANAUS										
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com									



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Projeto: 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

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

gestores para identificar os caminhos que os usuários percorrem e os modos como acessam os serviços de 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, 485
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)3305-1181 E-mail: oep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Protocolo: 2.062.202

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: Adiantópolis

CEP: 69.067-070

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

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. 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). 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-contrareferência 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, Cleudécir 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 ILMDFiocruz.

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; Tefé.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, INSTRUMENTOGESTORESHOSPITAL.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

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.962.262

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

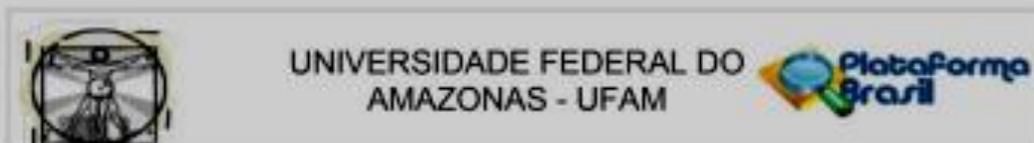
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



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 tomar 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 CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (02)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.962.202

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 16:04:22		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	15/10/2018 16:01:49	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPPSUS.pdf	15/10/2018 15:47:26	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Outros	INSTRUMENTOUSUARIOS.pdf	15/10/2018 15:46:08	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Outros	INSTRUMENTOTRABALHADORES.pdf	15/10/2018 15:45:45	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Outros	INSTRUMENTOGESTORES HOSPITAL.pdf	15/10/2018 15:45:21	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Outros	INSTRUMENTOGESTORES.pdf	15/10/2018 15:44:34	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPSUSPROJETOFINAL.pdf	24/09/2018 19:38:38	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Maues.pdf	24/09/2018 19:23:51	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Alavares.pdf	24/09/2018 19:19:43	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

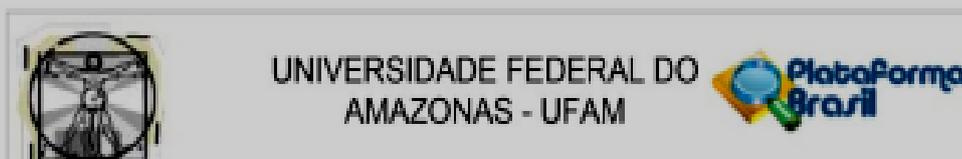
CEP: 69.067-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

APÊNDICES

APÊNDICE A- PERGUNTAS DISPARADORAS PARA O USUÁRIO-GUIA

A Saúde na Comunidade

1. Qual a sua percepção sobre saúde mental?
2. Quais os serviços de saúde mental que tem na comunidade?
3. Quais são as práticas de saúde da comunidade?
4. A quem você procura quando necessita de atenção em saúde?
5. Como o Agente Comunitário de Saúde – ACS atua na Comunidade?
6. Caso não tenha uma unidade de saúde na comunidade, qual a periodicidade da visita da equipe na Comunidade?
7. Como é realizado o encaminhamento para o hospital do município?
8. Alguém da equipe da Saúde da Família acompanha os usuários no transporte ou para dar entrada no hospital?

Acesso ao serviço de Saúde no Município

1. Numa emergência como fazem o transporte para o município?
2. Quais os tipos de transporte utilizados para o caso de Emergência?
3. Há mudança no acesso à saúde com a seca e a cheia dos rios?
4. Quando chegam na sede, utilizam a ambulância?
5. Quanto tempo para chegar ao hospital?
6. Quando o transporte é feito por conta própria, quanto gastam com o transporte? Recebem o ressarcimento do município?
7. O que fazem quando não tem transporte dos serviços de saúde?
8. Quais os motivos que levam buscar a rede de saúde do município?
9. Como se identificam quando chegam ao serviço de saúde?
10. Como fazem quando precisam ser encaminhados para outro município ou para a capital?
11. Como é a acolhida no serviço? Tem algum suporte?

Questões Interculturais

1. Descrever a rede de cuidado na comunidade (rezadores, pegadores, parteiras, ervateiros);
2. Utilização de plantas medicinais nas situações de saúde-doença;
3. Acompanhamento de parteira ou curador no transporte sanitário para o hospital.

- Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

APÊNDICE B - PERGUNTAS DISPARADORAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual a sua percepção sobre saúde?
2. Como se realiza o trabalho da equipe nas Unidades de Saúde?
3. Como é organizado o processo de trabalho?
4. Há diferença entre o período da seca e da cheia?
5. Quais os principais desafios para o trabalho da equipe em relação à saúde nas áreas ribeirinhas?
6. Como se dá a relação entre as equipes de Saúde Fluvial e Ribeirinha com o hospital no município?
7. Como os pacientes chegam até o hospital do município?
8. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área ribeirinha?
9. Há um protocolo para regular o acesso dos usuários da área ribeirinha na RUE?
10. Qual é o fluxo dos usuários para acessar os serviços de saúde do município?
11. Que tipo de transporte os usuários da área ribeirinha utilizam para acessar os serviços de saúde do município?
12. Qual a estrutura do município para realizar o transporte sanitário das comunidades ribeirinhas?
13. Como se dá a comunicação para o transporte sanitário?
14. Qual o tempo médio do percurso para acessar o hospital ou sede do município?
15. Como os usuários são acompanhados no retorno para a residência?
16. Como são encaminhados os pacientes para outro município ou para capital do Estado?
17. Quais as estratégias seriam importantes de serem adotadas para melhorar a situação do acesso dos usuários da área ribeirinha?

- Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas”**, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2440, e-mail julio.ilmd@gmail.com, em colaboração com o pesquisador Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2323, e-mail tobiasrodrigo@gmail.com, e a pesquisadora Michele Rocha de Araújo El Kadri, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2378, que vai estudar como funcionam os serviços de saúde, entendendo como as pessoas têm sido atendidas nas áreas ribeirinhas e pensar como os serviços podem melhorar a situação de saúde desta população.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência em duas regiões de saúde no Estado do Amazonas. Além disso, busca-se também: descrever o perfil e a rede de saúde das regiões; analisar a capacidade instalada das urgências básica na atenção à saúde dos municípios; mapear os fluxos da população ribeirinha no uso da Rede de Urgência e Emergência; analisar o trabalho e o cuidado das equipes de saúde ribeirinha e fluvial nas regiões.

Sua participação é VOLUNTÁRIA e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. O local, horário e data das entrevistas serão realizadas de acordo com a disponibilidade e de comum acordo entre pesquisador e entrevistado. Caso aceite, você responderá a um roteiro de entrevista e terá total liberdade de não responder a qualquer pergunta do roteiro que porventura considere constrangedora ou ainda de retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, inclusive após conclusão da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas, ficando sob a guarda do pesquisador principal. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade

Vale destacar, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e que na existência de riscos 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. 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). 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.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus -AM, pelo telefone (92) 3621-2323 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, localizado na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

Consentimento Pós-Informação:

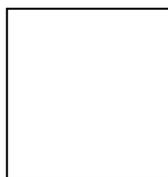
Eu,

_____, fui informado pelo pesquisador dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos da entrevista, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, declaro que concordo participar da pesquisa.

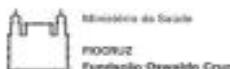
Local e Data: _____, ____/____/_____

Assinatura do participante

Impressão datiloscópica



Júlio César Schweickardt (Pesquisador Responsável)



ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE Nº 068 DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA – PPGVDA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA", NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO NA AMAZÔNIA".

Aos 09 de maio de 2022, às 09h00, realizou-se nas dependências do forma síncrona remota, via plataforma de videoconferência ZOOM a sessão pública para arguição e defesa da dissertação intitulada "As redes vivas na produção do acesso de usuários da área ribeirinha aos serviços de saúde mental no município de Parintins, Amazonas", apresentada por **Glenda Patrícia da Silva Vieira**, sob orientação de Prof. Dr. Júlio César Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ). A Comissão Examinadora aprovada pela Coordenação de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, conforme o que estabelecem o Regimento Geral de Pós-Graduação Stricto Sensu da FIOCRUZ e o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, foi constituída pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt (ILMD/FIOCRUZ)

1.º Examinador – Presidente da Comissão Examinadora

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS)

2.º Examinador

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

3.º Examinador

Atuaram como suplentes a Prof.ª Dr.ª Fabiana Mônica Martins e Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima (ILMD/FIOCRUZ).

PARECER:

Após a apresentação de **Glenda Patrícia da Silva Vieira**, a comissão examinadora passou à arguição pública e o (a) mesmo (a) foi considerado (a)

Aprovado (a)

Aprovado (a) condicionado (a) às modificações

Reprovado (a)

Rua. Tenente, 476, Adrianópolis
CEP: 69.057-070, Manaus – AM



www.amazonia.fiocruz.br



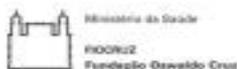
ILMD/Fiocruz



Tel.: (92) 3621-2327 | (02) 3621-2323



E-mail: gabinete_ilmd@fiocruz.br



Vem da ata de defesa da dissertação Nº 068 do dia 09 de maio de 2022/PPGV/IDA, discente Glenda Patrícia da Silva Vieira.

E, para constar do processo respectivo, a Comissão Examinadora assina a presente ata, emitindo um parecer final.

A Comissão Examinadora é:

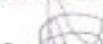
- () Favorável à divulgação da dissertação em sua forma atual.
 (X) Favorável à divulgação da dissertação após as modificações sugeridas pela Comissão, até 30 dias.

O título do trabalho sofreu alteração? Sim Não. No caso de alteração, qual o novo título?

Observações da Banca: (recomendações de modificações, ajustes, sugestões de publicações, outros comentários; se necessário anexar folhas adicionais com parecer detalhado)

A dissertação apresenta consistência teórica e metodológica, assim como contribuições com a compreensão da saúde mental na Amazônia. Tem base sólida no campo da saúde coletiva, forte articulação com a produção do grupo de pesquisa LAHPSA e contribuições singulares. O resultado é generoso com a disseminação de conhecimentos amazônicos, com três produtos bem maduros para, com poucas alterações (revisão gramatical), poderão ser publicados, fortalecendo o programa e a compreensão do contexto territorial no acesso e na qualidade da atenção à saúde mental ofertadas na Amazônia e no SUS como um todo. Ao final, a banca sugere que as imagens estejam presentes como uma estratégia analítica da dissertação.


 1.º Examinador – Presidente da Comissão Examinadora
 Prof. Dr. Júlio César Schweickardt (ILMD/RIOCRUZ)


 2.º Examinador
 Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS)

3.º Examinador

 Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Observação:
 Rua: Teresina, 476, Adrianópolis ☎ www.amazonia.fiocruz.br ☎ Tel.: (92) 3621-2327 / (02) 3621-2323
 CEP: 65.057-070, Manaus - AM ☎ ILMID/Fiocruz ☎ E-mail: gabinete_ilmid@fiocruz.br