

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**ANA FIGUEIREDO BOMFIM MATOS**

**MANICORÉ: UM CAMINHO DE VOLTA PARA A CASA DO  
CUIDADO EM SAÚDE BUCAL**

Salvador, BA  
2017

**ANA FIGUEIREDO BOMFIM MATOS**

**MANICORÉ: UM CAMINHO DE VOLTA PARA A CASA DO  
CUIDADO EM SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – FESF/FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção de título de especialista.

Orientadora: Jaslene Carlos da Silva

Co-orientador: Ilano Almeida Barreto e Silva

Salvador, BA  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a graciosidade divina dos recomeços, minha inspiração em Cristo.

À minha família por todo suporte e afeto me dando coragem para prosseguir; o incentivo da minha mãe, Itana, ao me inscrever para a seleção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF/FIOCRUZ.

A todos aqueles professores e amigos que ofertaram cores ao meu processo de formação em saúde na Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial a professora Ana Áurea. Ao corpo pedagógico da residência e aos colegas residentes; minha orientadora Jaslene Carlos, que me apresentou o campo de estágio em Manicoré –AM e a possibilidade de viver essa experiência e co-orientação de Ilano Barreto, que instigou o brilho da liberdade para minha escrita.

Ao resgate da memória hereditária indígena, cabocla, minha tataravó Julieta, sua mãe Tomázia e meu tataravô Amilcar.

Às pessoas das comunidades ribeirinhas em Manicoré que me acolheram, assim como a equipe de saúde da Atenção Básica desse município no interior do Amazonas.

Muito grata, vocês me enchem de significados para a vida!

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>8</b>
<b>CRÔNICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>A ABERTURA DA ROTA N'ÁGUA.....</b>	<b>11</b>
<i>Memória Individual e Memória Coletiva na História de Vida .....</i>	<i>12</i>
<i>Significação da Memória no Espaço Político: Caminhos de Formação/Identidade para Saúde.....</i>	<i>14</i>
<i>Políticas e Microcomportamentos .....</i>	<i>17</i>
<i>Formação e Cuidado Integral em Saúde .....</i>	<i>21</i>
<b>QUANTAS FICHAS VÃO SER?.....</b>	<b>25</b>
<b>DE UMA MARGEM A OUTRA DO RIO: DE TRACUÁ A BIRIBÁ .....</b>	<b>38</b>
<b>DEVANEIOS DE UMA DENTISTA DESENHADORA DE CUIDADO.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>

## RESUMO

O presente trabalho é um resgate à memória de uma experiência de formação em saúde. Uma cirurgiã-dentista parte de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, viaja para o interior do Amazonas, Manicoré, a fim de experienciar, durante estágio, o cuidado à saúde de comunidades ribeirinhas. Um deslocamento de aprendizado em serviço na Estratégia Saúde da Família Fluvial. Este é um memorial composto por narrativas repletas de afeto e reflexões sobre um percurso de ressignificação para o Cuidado Integral à Saúde Bucal frente às necessidades concretas de acesso a atenção odontológica nas comunidades ribeirinhas. São três crônicas: a primeira conta a história de uma viagem para o interior do Amazonas e para os interiores da memória de uma dentista em formação para o cuidado em saúde; a segunda narra situações vivenciadas no estágio em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial e, por fim, a terceira crônica aponta para o retorno à casa do cuidado em saúde bucal - perspectivas do ser desenhadora de cuidado para a vida, sob o olhar da Estratégia Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Memória; Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Cuidado Integral em Saúde Bucal; Comunidades Ribeirinhas no Amazonas.

## **ABSTRACT**

The present work is a rescue to the memory of a health training experience. A dentist, part of a Multiprofessional Residency Program in Family Health, travels to the interior of Amazonas, Manicoré, in order to experience the health care of riverside communities during the internship. A displacement of in-service learning in the Fluvial Family Health Strategy. This is a memorial composed of narratives full of affection and reflections on a course of re-signification for Integral Care to Oral Health in face of the concrete needs of access to dental care in the riverside communities. There are three chronicles: the first tells the story of a trip to the interior of the Amazon and the interiors of the memory of a dentist in training for health care. The second narrates situations experienced in the stage in a Basic Fluvial Health Unit and, finally, the third chronicle points to the return to the home of oral health care - perspectives of being a designer of care for life, under the Health Strategy the Family and the Brazilian Unified Health System.

**Key words:** Memory; Multiprofessional Residency in Family Health; Integral Oral Health Care; Riverine Communities in the Amazon.



## INTRODUÇÃO

Vivenciar uma experiência é atravessar a zona de conforto; ainda que parte do cotidiano, experimentar pode ser um ato de desterritorializar-se - sair dos territórios do costume - talvez um deslocamento no espaço físico, e além disso no campo das significações humanas (BOSI, 2003; SILVA e CABALLERO, 2010).

A fim de viver uma experiência relevante e transformadora para a minha formação em saúde: viajei para Manicoré, interior do Amazonas, onde me aproximei um pouco do cuidado à saúde de comunidades ribeirinhas, durante estágio eletivo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).

Recordar a experiência desse estágio recompõe a memória de um espaço-tempo escolhido; privilegiado, por mim, em uma decisão ética de afeto que faz emergir uma visão do mundo para a minha formação/identidade<sup>1</sup> de profissional da saúde. Eleger e registrar da memória um espaço-tempo de uma experiência específica é também optar por um campo de significação<sup>2</sup> (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012; POLLAK, 1992).

Portanto, o que pretendo contar vem motivado por um processo de formação para o cuidado em saúde; minhas memórias de espiritualidade (teologia da Missão Integral, a qual me forneceu uma incipiente compreensão sobre integralidade<sup>3</sup>, e que me aproximou da Saúde Coletiva durante o curso de Odontologia e por conseguinte, do Sistema Único de Saúde (SUS)), além de uma história oral familiar de curandeiros e ancestralidade indígena (CAMARGO JR., 2009; MATTOS, 2009).

Resolvi fazer um curso na área da saúde por acreditar no potencial do cuidado: uma trilha para um serviço de saúde capaz de transformar o ser humano e o seu entorno. No entanto, percebia-me inadequada ao longo da graduação em Odontologia. Cheguei a transitar pela

---

<sup>1</sup> A identidade social no texto “Memória e Identidade Social” de Michael Pollak (1992), é uma concepção mais simplificada, do conceito identidade, um sentimento constituído pela memória. É o conceito que adoto neste relato: “[...] o sentido da imagem de si, para si e para os outros. Isto é a imagem que uma pessoa adquire ao longo da vida referente a ela própria, a imagem que ela constrói e apresenta aos outros e a si própria, para acreditar na sua própria representação[...].” (POLLAK, 1992, p.5).

<sup>2</sup> O campo de significação é para Bosi (2003) o que rege metodologicamente um pesquisador, são os conceitos que dão luz à sua leitura do mundo; Geertz (2012) já trata da estrutura dos significados humanos, que é a cultura a se desenrolar em um espaço público, vivo, portanto político.

<sup>3</sup> Não se trata de um conceito fechado, estabelecido. É um agregado composto por diversas tendências de saberes e políticas. No Brasil é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, uma “imagem-objetivo” atrelada a luta do movimento sanitário por um sistema de saúde justo que concretize o ideário expresso na constituição. Cuidar do ser humano como um todo, corpo, alma, espírito e social (CAMARGO JR., 2009; MATTOS, 2009).

Pedagogia, Filosofia e em determinado momento me “distanciar” das Ciências da Saúde pensando ser esse um caminho sem volta.

A legitimidade social conferida à instituição universidade tem o poder de contar, interpretar e propagar valores formadores de uma memória coletiva<sup>4</sup> no interior de uma classe. Fiz a graduação em Odontologia na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no estado da Bahia; apesar de ter me inserido no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e ter professores defensores da Saúde Coletiva e do SUS, o jogo das forças, expressas nos microcomportamentos<sup>5</sup>, reproduziam muito mais uma organização da formação e do trabalho em saúde fragmentada (BOSI, 2003; SILVA e CABALLERO, 2010).

Dentro dos tecidos da instituição universidade seguiu-se por bastante tempo a formulação de imagens, sentimentos e ideias geradoras de uma identidade positivista, que na área da saúde sustenta a produção de procedimentos estanques, embasados em paradigmas tecnicistas, cartesianos, mais especificamente biomédicos; sem real preocupação com os processos de cuidado integral às pessoas em suas necessidades locais, como as populações específicas do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013; CECCIN, 2010).

Era uma necessidade minha extrapolar esse circuito de formação em saúde, ir além de tais paradigmas, os quais não eram suficientes para produzir-me sentido. Foi então, que dentre os outros caminhos por onde andei, tive a oportunidade de ingressar no Programa de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), junto a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde (MS).

A proposta das Residências em Saúde<sup>6</sup> integradas ao SUS é uma estratégia de formação em serviço; o cenário de atuação profissional é também o cenário de formação, – educação permanente em saúde - que privilegia a atuação e interação multiprofissional. Representa uma tentativa de suprir a deficiente e fragmentada formação em saúde no que tange aos princípios humanos da integralidade do cuidado. Essa perspectiva e cenário me oportunizaram produção de sentido; ter contato na prática com ações embasadas em princípios que levam em conta os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, assim como o direito ao acesso

---

<sup>4</sup> Segundo Bosi, 2003, a *memória coletiva* é trabalhada pela ideologia dominante ou institucional privilegiada e atuante sobre a memória individual. Ela tem poder de difusão e pregnância na concepção de identidade de classes ou grupo social (BOSI, 2003).

<sup>5</sup> Atitudes pontuais, aparentemente fragmentárias como se esquecidas do tecido histórico que sustenta os fatos; o *microcomportamento* é uma proposição da psicologia que se ocupa das atitudes e comportamentos individuais que interferem diretamente no arcabouço dos sistemas organizacionais (BOSI, 2003).

<sup>6</sup> Apoiada pela Política de Formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS: Caminhos para Educação permanente em saúde de 2003, é uma “uma modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/ atenção em saúde.” (SILVA e CABALLERO, 2010, p. 64).

à saúde de populações específicas, tais como os ribeirinhos no Amazonas me ajudou a ressignificar minha formação em saúde, me reaproximando da Saúde Coletiva e dos sonhos de outrora (BRASIL, 2013; CECCIN, 2010; SILVA e CABALLERO, 2010).

Fiz meu estágio eletivo de Residência junto a equipe de Saúde Bucal e Multiprofissional, na atenção à saúde de populações ribeirinhas, durante a quarta viagem da UBSF Nossa Senhora das Dores no município de Manicoré (AM).

Neste trabalho tenho o objetivo de narrar a memória da minha experiência de estágio por meio de crônicas repletas de reflexões sobre um processo de formação e significação, ao aproximar-me do cenário tangível das necessidades de Cuidado Integral em Saúde Bucal, inserida no serviço de saúde voltado para populações ribeirinhas.

## **METODOLOGIA**

“Nós devemos então contar histórias? A nossa história?” (BOSI, 2003, p. 35). Para Ecléa Bosi (2003) narrar uma história é um *farmakon*, um remédio preparado pelo narrador, o qual coloca a memória em movimento. Traz para o presente representações significativas do passado e desobstrui a garganta com uma nova história.

Corre o risco de tornar uma experiência profunda em algo enrijecido, pois tomou corpo em forma de história, mas em contrapartida: não contar petrifica. Paralisa a lembrança no esquecimento e oblitera suas possibilidades na produção de significados individuais e coletivos (BOSI, 2003).

O presente trabalho de conclusão de residência é um memorial. Fiz a opção pela exploração aberta da história de vida, ou história oral, tendo em vista o campo de significação que abraça a memória - individual e coletiva -, do vivido, sentido e observado nos microcomportamentos, transposta através de narrativas, pelo recordador, na Pesquisa em Memória Social de Ecléa Bosi (2003).

Conforme o objetivo de refletir um processo de formação e significação inserido em um contexto de trabalho em saúde, recorro aos conceitos de política e significado de Clifford Geertz (2012) para pensar o significado produzido e produtor de um cenário político - arena pública onde se desenvolvem os significados, através das pessoas que constituem o espaço; no caso o contexto é o estágio eletivo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na atenção à Saúde Bucal de comunidades ribeirinhas, junto a equipe multiprofissional de saúde, na UBSF Nossa Senhora das Dores.

O estágio eletivo, ou seja, estágio de escolha pessoal, foi parte do Programa de Residência Multiprofissional e Médica em Saúde da Família; durou de 18 de julho a 31 de agosto do ano de 2016 e aconteceu no município de Manicoré - AM. Fiquei embarcada na UBSF Nossa Senhora das Dores de 20 de julho a 03 de agosto do mesmo ano, neste período visitamos as seguintes comunidades ribeirinhas: Bacabal, São José, Santa Rita, Conceição do Uruá, Nazaré do Uruá, São Pedro do Uruá, Ilha do Uruá, Família Coelho, Maravilha, Santa Helena, São Tomé, Macaco Pregó, Itapinima, Tracuá, Biribá, Ponta Natal, Nova Cidade, Cachoeirinha, Colares, São João, Rio Preto, Curupati, Carapanaúba, Jenipapo I, Jenipapo II, Porto Seguro, Ilha de Porto Seguro, Nova Aliança, Delícia, Atininga-Foz, Santa Terezinha, São José, Terra Preta, Verdum, Novos Prazeres, Bom Jardim, Paraíso, Repartimento, Bracinho, Braço Grande, Caiapé, Barreira do Matupiri, Matupirizinho, Ribamar, Santa Inácia.

A UBSF, por ser uma estrutura de Unidade Básica de Saúde em um barco, representa uma estratégia que viabiliza o acesso ao cuidado em saúde para comunidades cujo descolamento se dá por meio fluvial (ribeirinhos). Em Manicoré, onde em maio de 2015 foi inaugurada a segunda UBSF do Brasil, mais de 50% da população reside na zona rural com hábitos de vida atrelados à terra e à água (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016).

A composição mínima para uma Equipe de Saúde da Família Fluvial é: Um médico generalista ou especialista em saúde da família; um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um auxiliar ou técnico de enfermagem e entre seis a doze agentes comunitários por equipe. Podem ainda ser acrescentados a esta equipe outros profissionais de saúde a depender das necessidades locais: dentre eles profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar ou técnico em saúde bucal) (BRASIL, 2012a).

Ainda que opcional na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), profissionais de saúde bucal compondo a equipe fluvial são importantes, mediante a alta prevalência de cárie - dados do levantamento epidemiológico, SB Brasil 2010, mostram que as médias do CPO (número de dentes perdidos, cariados e obturados) aos 12 anos, na região Norte, é a maior no Brasil (com 3,16) - somada às dificuldades de acesso a serviços odontológicos e educação para promoção da saúde bucal na região de Manicoré e outros municípios com comunidades ribeirinhas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BÔAS e OLIVEIRA, 2016; COHEN-CARNEIRO, 2009; TOBIAS; PARENTE; REBELO, 2008).

Este memorial foi desenvolvido através de três narrativas em formato de crônicas. Para confeccioná-las tive como instrumentos de suporte: diário de campo; relatório de atendimento

da 4ª viagem da UBSF fornecido pela secretaria municipal de saúde de Manicoré; registros fotográficos realizados por mim ou por acompanhantes de viagem; além da minha memória refletida junto aos campos de significação com os quais dialogo nesta narrativa: BOSI (2003) e GEERTZ (2012), dentre outros autores e documentos oficiais consultados para trazer discussões entrelaçadas à descrição peculiar da experiência vivida.

Tecido entre os aspectos descritivos, de cenários afetivos, trago questionamentos e pensamentos, tendo em vista o desafio de extrair da memória reflexões e significações ampliadas sobre o meu processo formativo de modo transversal ao cuidado em saúde bucal de populações específicas, a partir de exemplos especiais nas comunidades ribeirinhas; a fim de penetrar nos detalhes de uma experiência localizada (cenas vividas por uma dentista residente em comunidades ribeirinhas do Amazonas) e a partir disso descobrir algo mais do que o detalhe dos episódios em si (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

A narrativa rompe com a concepção unilinear de luta por poder na história. No processo formativo em saúde as tensões e disputas por modelos de cuidado estão presentes no cotidiano, assim como estão expressas nas práticas em saúde voltadas para populações do Campo e da Floresta. Por isso, a opção por narrativas em forma de crônicas: reconstrução de um passado recente, registros de memória oral em diário de campo, um campo de trabalho com aspectos descontínuos de eventos, mas que trazem elementos descritivos capazes de configurar o cotidiano (BOSI, 2003).

Quem escreve uma crônica não pretende fazer uma teoria totalizante da história. A história que se apoia em documentos oficiais não pode compreender as paixões individuais por detrás dos episódios. A crônica, que pode ser uma autobiografia, demonstra os significados inerentes aos microcomportamentos tão fundamentais no fazer cotidiano, no caso deste relato uma auto reflexão do papel de profissional do cuidado inserida em um território peculiar, com necessidades particulares e pessoas singulares, as quais demandaram de mim um olhar ímpar (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

Assim, a fonte oral e a composição de crônicas a fim de narrar e refletir uma experiência é mais uma sugestão cheia de curvas do que uma afirmação. Caberá ao leitor um exercício de ter a sua própria experiência de interpretação do que eu interpreto das minhas memórias banhadas de significados coletivos e meus. Está história de vida não me pertence mais visto que é passado, mas me apropriado da força de enraizamento dela para significar a minha formação – projeto: desenhadora de cuidado!

## CRÔNICAS

### A abertura da rota n'água

*As águas do rio não ficam paradas esperando por você, elas passam e você toca ou  
não toca*

Autor desconhecido



Figura 1 - Fotografia de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Encontro das Águas: Rio Negro e Rio Solimões.

Foi um dia intenso de viagem. A frase que Josy havia me dito martelava em meu juízo. Josy é nativa de Manicoré, um interior do Amazonas, para onde nos deslocávamos saindo do porto de Manaus. Ela disse que a frase era de um Dalai Lama. Até hoje não sei ao certo se a referência da autoria procede, isso não me importou muito, mas imediatamente me remeteu a Heráclito (um excêntrico filósofo pré-socrático com ideias pelas quais me senti atraída quando cursei a disciplina de História da Filosofia Antiga). Talvez, tal referência a Heráclito possa soar démodé, ainda que comum em outras palavras numa conversa de esquina: “[...] ‘não podemos entrar duas vezes no mesmo rio’. Isto porque quando entro pela segunda vez no rio, tanto eu quanto ele já estamos mudados”<sup>7</sup>. O fantástico dessa frase é toda a profundidade do rio fluindo, sua transformação implicada no *devenir*, no que está por vir a ser dos sentidos na consciência humana.

Tudo muda a todo tempo, os cristais dos instantes na memória se reorganizam agora. Eu me reorganizo. Cada visita ao passado me faz nova no presente e tenho à minha frente um vir a ser cheio de surpresas. Uma viagem de possibilidades, e a frase que martelou em meu juízo gritava pelo toque do novo! Um prelúdio em anúncio! Um salto para fora do perímetro de circuitos já percorridos.

---

<sup>7</sup> Essa é uma versão atribuída a Heráclito, popularizada no livro “O Mundo de Sofia” romance de Jostein Gaarder (1995, p. 47).

\*\*\*

### *Memória Individual e Memória Coletiva na História de Vida*

Uma reflexão a respeito da minha experiência, é uma meditação sobre um deslocamento que fiz na rota. Ir ao Amazonas enquanto profissional de saúde em formação, e de lá trazer recordações, mais do que isso, registrar e refletir a memória do vivido, sentido e observado é um exercício de enraizamento. Um traslado passível de mexer com estruturas ávidas pelo passado, realizadas em uma história de vida presente, escorregadias por projetos futuros. Uma constante redefinição de mim, estar ciente de onde vim (minha ancestralidade, espiritualidade e formação em saúde) onde estou (ainda em formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família) e para onde vou (...), um dobrar-se agora para trás e para frente na superfície, mas em profundidade: um amadurecimento do que me sustenta em memória (raízes) (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

Do vínculo com o passado se extrai a força para a formação de identidade e o vínculo com o passado se dá através da memória, aqui um campo a ser significado.

Como arrancar do fundo do oceano das idades um “fato puro” memorizado? Quando puxarmos a rede veremos o quanto ela vem carregada de representações ideológicas. Mais que o documento unilinear a narrativa mostra a complexidade do acontecimento. É a via privilegiada para chegar até o ponto de articulação da história com a vida cotidiana. Colhe pontos de vista diversos, às vezes opostos, é uma recomposição constante de dados. (BOSI, 2003, p. 20).

A memória presente em uma narrativa não é unilateral e pode apresentar diversas contradições. Pode haver confusão entre a memória do indivíduo e a memória coletiva, ou institucional (a memória propagada pelos veículos hegemônicos de poder, como as Universidades, Estado, Igrejas e algumas mídias, dentre outros). A memória coletiva possui uma substância social e está entranhada, materializada nas ações até dos indivíduos mais críticos, basta um rebaixar da guarda e ela pode aflorar como se fosse natural e própria, habitual a aquele indivíduo (BOSI, 2003).

Deste modo a história que conto não é pura, ou totalmente original – ainda que deseje ser autêntica. Eu, na posição de recordadora sugiro, expresso e reflito as particularidades da minha memória individual sobre a minha experiência de profissional da saúde em estágio no

Amazonas, mas não posso estar imune à força da memória coletiva (inclusive da memória da formação universitária) que deve aflorar em diversos momentos no texto (BOSI, 2003; POLLAK, 1992).

Então, devo estar atenta para perceber os significados permeados na memória individual e na memória coletiva e sugerir a distinção do significado hegemônico do criativo; uma formação de identidade que apresenta-se, sem tentar impor uma visão do mundo particular, mas disposta a disputar concepções, posturas e ações no campo da saúde (BOSI, 2003; GEERTZ,2012; POLLAK, 1992).

\*\*\*

Eu estava no Amazonas! Em uma balsa sobre as águas do Rio Negro. Me deparei com o Encontro das Águas! Um traçado íngreme, mas bem delimitado: duas tonalidades separadas por uma linha e de uma faixa ao cruzá-la eu estaria sobre o Rio Solimões. Uma baiana, soteropolitana, está acostumada com a imensidão do mar: o azul, verde, cinza e a espuma de onde nasceu Afrodite, os contos e cantos de sereias, suas vaidades e seduções... Porém, a imensidão, o mundo e a surpresa de um rio, como o que estava diante dos meus olhos, naquele momento era algo totalmente inusitado, assim como um carretel de mistérios e estórias de botos que desvirginam as moças.

A professora Juci também me fazia companhia na viagem, ela me explicou que as águas do Rio Negro não se misturam por que o Rio Solimões é um rio em formação. Existem muitos sedimentos inorgânicos flutuando na água e por isso ela é mais densa. As águas são turvas, chamadas de águas brancas, e o pH tende a neutralidade. A decomposição de húmus no solo ocorre no Rio Negro, um rio mais ácido, pode-se assim dizer, mais definido em suas escolhas, com águas esconderijo (pretas) e uma nudez que transparece: águas mais desimpedidas até o alcance da sua profundidade orgânica, quase um desvelar de autoconhecimento. Devaneios... Estes são os rios Solimões e Negro, ou seria uma analogia com o encontro da experiência que aflora significados durante o espaço percorrido?

\*\*\*

## *Significação da Memória no Espaço Político: Caminhos de Formação/Identidade para Saúde*

O significado é extraído da experiência, da memória localizada no objeto concreto - a passagem pelo rio -, na descrição do espaço público, no convívio com as pessoas, seus gestos, imagem, sensações – circunstância – e se torna história em uma evolução temporal e relação entre as coisas dentro de um contexto (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

A memória não é mais do “fato puro” que foi no passado, e sim dos significados impressos e absorvidos desse. Sendo, ainda, que tais significados quantas vezes forem trazidos ao presente por meio de narrativas são passíveis de atualização e ressignificação, de acordo com a necessidade e a vontade política do *ser de memória* (BOSI, 2003).

Segundo Geertz (2012) o campo onde se desenrolam, encaixam e desencaixam as estruturas de significação - sonhos/desejos e ideologias/interesses – é campo político para o ser humano inserido em um espaço público de organização social. Uma visão do mundo (cultural), ou uma estrutura de significado por meio da qual posso construir (dar forma) à minha experiência de estágio, ocorre em território ribeirinho e agrega: educação – trabalho - saúde (GEERTZ, 2012; SILVA e CABALLERO, 2010).

Mesmo que a apreensão das significações do vivido seja individual, ela é dotada de memória coletiva, de uma significação que é construída na relação com o outro e com o mundo. Este dado é relevante para a comunicação e o entendimento entre as pessoas, as quais assumem, assim, uma espécie de padrão comportamental, uma cultura, que possibilita a construção de consensos, dissensos e até a formação de identidades e identificações de grupos culturais (HALBWACHS, 1990; POLLAK, 1992).

As tensões presentes na construção de identidades que buscam poder e privilégios como afirmação social, imersa em uma lógica de sociedade neoliberal, e identidades que se constroem entremeadas por um senso de corresponsabilidade social e equidade de direitos humanos, estão presentes nas produções de identidades para saúde, e dizem muito sobre que saúde é essa. Tais tensões não são mera abstração, elas se dão no campo da vida, das práticas dos serviços locais de saúde, conforme é o campo de estágio, lugar prenhe no despertar autorreflexões para a construção de si em sua implicação com o outro e com o território (POLLAK, 1992; SILVA e CABALLERO, 2010).

Eu, morando em região de praias, me desloquei para outro espaço, contexto: região do Rio Amazonas, mais especificamente um interior, Manicoré. Do lugar de onde vim, como

interpretar significações de cuidado em saúde para outra realidade, a de uma população ribeirinha? Quais significados eu poderia apreender e propagar naquele espaço-tempo que me afetava? A passagem pelo Encontro das Águas aconteceu, é passado, mas as interpretações do que vi e signifiquei ali perduram neste registro, assim como os episódios que se seguem nesta narrativa, são uma interpretação cultural e política que sobrevivem, ao acontecimento (fatos narrados), em minha formação (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

Talvez seja justamente esse deslocamento territorial que me permita estar atenta às tensões subtendidas para distinguir uma forma de pensamento numa determinada ação de pessoas e profissionais de saúde ali, e por que não de mim mesma? (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

Prossigamos em apreender um pouco mais deste espaço público, ou político, onde significados devem se desdobrar...

\*\*\*

Senti diferença no clima, mesmo nordestina, por lá conheci um calor “arretado”, meus poros aproveitaram para transbordar! O fuso horário me deu a gostosa sensação de que havia ganhado uma hora a mais na vida! A comida, aí meu Deus! Acho que de alguma forma tenho um pé caboclo, pois gostei de tudo o que provei. O x-caboclinho, pão francês com banana da terra e tucumã, foi o meu almoço naquele dia de viagem, e a bendita frase de Josy...

Eu não contei, mas Josy estava morando em Manaus por ter encontrado um amor. Ela estava a caminho de Manicoré comigo, pois desde de que era uma cunhantã (uma pirralha mesmo) fazia parte do grupo de quadrilha junina em Manicoré, era uma “brincante” e essa era sua paixão. Pense em uma empolgação! A forma como ela falava da tal quadrilha! Seus trejeitos faziam aparecer um megaevento naquele interior. Josy, a dançarina de quadrilha, fez-me acreditar em uma Manicoré nem um pouco pacata, mas cheia de vida e de festa.

Durante a minha estadia em Manicoré participei do aniversário de 120 anos da cidade, isso me possibilitou viver um pouco da história daquele lugar em que estive por um mês e duas semanas. Mani e Coré eram um casal indígena da tribo dos Ainicorés. É dessa tribo o Pajé que conduz novamente à vida o Boi Guerreirinho da Sinhá. O boi Guerreirinho foi morto, por que Mãe Catirina, uma escrava, estava grávida e teve um profundo desejo de comer língua de boi. Mas veja! Ela pôs seus olhos de desejo logo sobre o Boi Guerreirinho, o boi preferido da Sinhá (não lembro de ter dito ainda, mas me graduei em Odontologia, durante o curso treinei fazer

sutura em língua de boi. Realmente este desejo de Mãe Catirina me dá um arrepio! A língua do boi é áspera quase cortante e o cheiro dela... Mas enfim, depois de cozida e preparada deve ter outro aspecto), não vou questionar o gosto de Mãe Catirina e as implicações de resistência por sua condição de escrava, que agora gerando uma vida tinha o direito de desejar a língua do animal preferido da Sinhá. Pai Francisco, esposo de Mãe Catirina, foi lá pegar a língua do Boi Guerreirinho e satisfazer o desejo da mulher. Grávida não pode ser contrariada. A confusão se instalou. A Sinhá chorou, o Pajé invocou seus ancestrais e o Boi Guerreirinho voltou! Dessa estória e suas versões temos a tradição do Boi-Bumbá, e um retrato da nossa misturinha brasileira.

Aquela frase... *As águas do rio não ficam paradas esperando por você, elas passam e você toca ou não toca*, eu estava ali observando... Sendo tocada pelas crianças que encenaram a peça do Boi Guerreirinho e por aqueles jovens na apresentação de parte da quadrilha junina com a representação dos quatro elementos primordiais: o Ar, o Fogo, a Água e a Terra, todas aquelas manifestações de cultura, identidade, pertencimento. Um povo atrelado a terra e água. Cultivo de melancia, banana, mandioca. Pesca. Garimpo. Extração do látex (ao lado do porto uma fábrica com um cheiro desagradável de borracha queimada). Comércio, devido a posição estratégica no Rio Madeira entre Manaus e Porto Velho, além dos serviços atrelados a prefeitura como fonte de sobrevivência (nesse sentido um típico interior com clientelismo político).

O município deve ter uma média aproximada de 55.000 moradores. A maior parte mora nas margens da rede hidrográfica do Madeira, importante afluente do Rio Amazonas. É uma terra fértil de várzea que se ajusta ao temperamento do rio, utilizada na produção de lavouras temporais. Quando o rio enche ele arrasta parte da terra e redesenha o espaço, mesmo na parte chamada terra firme onde os moradores ribeirinhos constroem suas casas de madeira enfileiradas na margem. As casas geralmente a uma certa altura do chão, ainda assim apresentam uma tatuagem que registra as histórias das cheias do rio. Ribeirinhos convivem com enchentes e também vazantes: o rio vai secando ficando raso não deixa fácil ou possível a passagem de embarcações, formam praias de rio. O transporte e a pesca dependentes das vias do rio são sacrificadas. E o povo convive com esses reveses. A rica possibilidade de dádivas: peixe, minério, nutrição para as roças, rotas comerciais, mas também os limites do isolamento territorial, de comunicação por meio de mídias sociais, além da contaminação dessas mesmas águas, fonte de sustento e veículo de doenças, pois falta saneamento básico.

\*\*\*

## *Políticas e Microcomportamentos*

Esse é um pedacinho do espaço público onde me inseri para estágio como cirurgiã-dentista. Um espaço político cheio de cultura e de identidade próprias. Eu, chegara ali de fora, com a minha cultura e identidade em formação num estado de troca, osmose, com aquele ambiente e pessoas...

Se tem algo que venho percebendo é que muitas das decisões e ações em saúde, as mais importantes desenvolvidas em um meio social, não são tomadas por legislações, “documentos políticos” e ordens de gestores da saúde, mas perpassam a memória coletiva e individual, arcabouço dos usuários do SUS e dos profissionais de saúde que se movimentam na vida real; nos seus comportamentos cotidianos, os quais são fundamentais na estrutura do modo de ser das organizações de saúde (BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

Tive contato, anteriormente à viagem, com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, ela foi aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Instrumento legítimo e norteador no SUS, representa um marco histórico; um reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde/doença, específicos para as populações do campo e da floresta (BRASIL, 2013).

É uma política transversal, pois prevê ações compartilhadas entre as três esferas do governo articulada com outras políticas intersetoriais, além das políticas do Ministério da Saúde (a exemplo da PNAB). Ela objetiva, segundo o artigo 1º da PNSIPCF, a melhoria do nível de saúde, indicadores e qualidade de vida das populações do campo e da floresta; o que demanda iniciativas atentas às particularidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação sexual, riscos próprios do processo de trabalho e inovações tecnológicas agrícolas vivenciadas por esses grupos populacionais. Ela pretende ser ampla a ponto de almejar ser integral (BRASIL, 2013).

A proposta da Política me pareceu interessante ao apontar para diversos aspectos da saúde de Populações do Campo e da Floresta, dentre elas populações ribeirinhas e comunidades tradicionais indígenas dos municípios que compõem a Amazônia Legal. No entanto, como disse anteriormente, na vida real as decisões e ações mais importantes dentro das tramas sociais não são tomadas por documentos políticos (política institucional), ainda que legítimos e possuir valor de regulamentação e abertura para angariar recursos e montar estratégias de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Um dos ganhos com as Políticas institucionais, na PNAB de 2012, foi a regulamentação de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluvial com agentes comunitários residentes nas localidades, além da estrutura das Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas (localizadas nas comunidades) e Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) - itinerante, ela leva de barco a Equipe de Saúde da Família Fluvial e no barco mesmo está montada a estrutura de consultórios para atender as comunidades e alojamento para os profissionais da saúde. Na mesma política diz que UBSF e sua equipe própria de saúde deve manter uma regularidade de visitas às comunidades, com um máximo de 60 dias entre uma visita e outra, e uma quantidade mínima de dias embarcados e para planejamento de suas ações, a fim de ofertar um cuidado continuado e garantir o acompanhamento da população em programas de saúde, como o pré-natal por exemplo (BRASIL, 2012a).

Toda essa regulamentação é importante, mas o modo como ela é gerida, cumprida e se é cumprida, e quais as motivações de quem está para cumprir e gerir são as principais questões para que um cuidado que se pretende integral e direcionado às especificidades de comunidades ribeirinhas em Manicoré aconteça. Que tipo, ou qualidade de cuidado é elaborado e ofertado? A questão extrapola as regulamentações e não é apenas sobre a capacidade técnicas dos profissionais da equipe de Saúde da Família Fluvial; é importante notar a cultura - que perpassa pelo processo de formação dos profissionais, e das compreensões sociais do que é cuidado em saúde - de maneiras de ser, no ato do encontro interpessoal, na prestação e recepção de cuidado nesse espaço político rememorado em narrativa (BOSI, 2003; CECILIO, 2009; GEERTZ, 2012).

São os microcomportamentos no encontro entre população e profissionais da saúde os potentes promotores culturais de cuidado/descuidado, saúde/doença nos espaços públicos. Talvez seja possível ver algo assim em cenas das próximas crônicas! (BRASIL, 2013; BOSI, 2003; GEERTZ, 2012).

\*\*\*

Percebo não ter contado como nem porque cheguei em Manicoré. Pois bem, depois do Encontro das Águas, da passagem do porto de Manaus até o Careiro da Várzea, adentramos a BR 319, eu, a professora Juci, a dançarina de quadrilha Josy e o motorista, Paulista, chamado assim por ser natural de São Paulo (ele foi passar um período em Manicoré e não quis mais saber de voltar). As meninas brincaram comigo, disseram para tomar cuidado, já que Manicoré

tinha destas, de fazer seus visitantes apaixonarem-se. Chegamos em Igapó-Açu e atravessamos mais um trecho de água.



Figura 2 - Fotografia de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Parte da travessia: Rio Igapó-Açu.

Uma pausa para a vista naquele lugar... mulheres lavando roupa no rio, curumins se banhando e uma festa de borboletas amarelas envolvendo toda a cena. As borboletas sempre me fizeram agradecer a vida. Toda a simbologia de transformação, transição do ser faminto que devora folhas e dentro do casulo se auto digere para depois ter asas leves e belas, responsáveis por polinizar e reconstruir, remodelar a destruição de outrora. Seres tão breves e delicados... Paz, voo. Na outra margem do rio me disseram costumar aparecer um boto mansinho, alimentado pelos curumins. De Igapó-Açu seguimos mais uma vez por terra, estrada de chão, um trecho da Transamazônica, um caminho aberto à custa de muito sangue, muita morte por Malária, atravessar aquele espaço foi simbólico.

Já estava escuro quando chegamos às margens do Rio Madeira. Manicoré do outro lado. Ao atravessar o rio em uma voadeira (uma espécie de canoa com motor) um aroma delicioso me invadiu...era cheiro de Açaí, a dançarina de quadrilha me disse. Eu estava em estado de transe induzido pelo perfume, até que aquele cheiro se misturou ao de fumaça. Fiquei triste... Queimada! Me disseram: fazem muita queimada por aqui... Aquele ar puro e perfumado já não podia ser fruído.

Cheguei ao Porto Waldomiro Gomes, já estava de noite. A enfermeira Raiza me esperava a fim de me hospedar em sua casa, onde muito acolhimento e uma mesa farta me aguardavam...

Disse anteriormente em um adendo referente à língua do Boi Guerreirinho, que me graduei em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana na Bahia. Antes de fazer o curso eu havia dito que um dia iria para o Amazonas cuidar dos índios. Engraçada a adolescência... Eu havia terminado o meu primeiro relacionamento amoroso e achava que nunca mais queria nenhum outro. Então dedicaria a minha vida a um outro tipo de amor, uma missão, eu ia para o Amazonas “cuidar” dos índios, nesse caso acho que eles que cuidariam de mim e

me ensinariam formas outras de cuidado... Não sabia eu que me apaixonaria mais algumas vezes, e minha vida seria composta por vários entre caminhos na minha jornada de formação enquanto profissional de saúde e ser humano. Numa das encruzilhadas estive o curso de Filosofia por um período, talvez por isso a referência feita ao *devoir* de Heráclito e às aulas de História da Filosofia Antiga no início do texto.

Na correnteza da vida e seus afluentes a missão de cuidar e quem sabe curar está de algum modo registrada em mim. Quando pequena ouvia a história de Julieta, ou Mãe Julia, como era chamada minha tataravó. Ela ficava carrancuda em um canto da varanda mascando fumo. Era uma índia e segundo minha mãe tinha sido raptada no meio do mato por um português. Mãe Julia teria me visto antes de morrer, quando eu ainda tinha três meses de existência. Essa história oral narrada pela minha mãe povoou o meu imaginário e me enriqueceu de fantasias. Mais tarde fui buscar conhecer um pouco mais sobre a minha tataravó e descobri que na verdade não tinha sido ela a índia caçada por um português, mas a mãe dela, Tomázia, de etnia Bororó, tinha sido raptada por um Turco. Ela deu à luz minha tataravó Mãe Julia, a qual teve por companheiro meu tataravô Amilcar, de etnia Guaicuru. Mãe Julia trabalhou em uma indústria de fumo no município de Cachoeira- Ba e vendeu fato na feira para sustentar seus filhos. Tinha um pé de Juá no fundo de casa, limpava os dentes com a casca e as folhas dessa árvore. Mãe Julia e Amilcar eram curandeiros e conheciam receitas, ensinadas por seus ancestrais, para curar diversas enfermidades.

As novas informações enriqueceram ainda mais meu imaginário, identidade de herança indígena e a vontade de desenvolver a arte do cuidado e da cura.

Bom... Ali estava eu, em Manicoré uma cidadezinha no interior do Amazonas, no findar do dia 18 de julho de 2016. Fui lá para fazer um estágio, pois nesse momento faço parte de um programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família. Como cheguei nesse programa? Há muita história, iria cansar o leitor, mas parte mais ou menos da ancestralidade, da concepção de uma missão que desembocou em uma atração pela Saúde Coletiva e pelas ideias e práticas pertinentes a Estratégia de Saúde da Família. Tenho agora a oportunidade de ser residente, uma formação em imersão, onde recebi graciosamente o presente do destino de poder passar um período em um deslocamento para outra realidade: comunidades ribeirinhas em Manicoré no interior do Amazonas.

Foi a minha oportunidade, o rio não iria esperar, ele estava na minha frente, abaixo de mim, por trás, à frente, me envolvendo inteira e eu não tinha mais escolha. Não havia como não

ser tocada, inundada, embora fosse possível a escolha de tocar também e de aceitar, abraçar o toque daquele rio, daquela experiência, uma abertura na rota... Ressignificação.



Figura 3 - Fotografia cedida por Antônio da Silva Barbosa. Horizonte de cuidado.

\*\*\*

### *Formação e Cuidado Integral em Saúde*

Essa viagem ao Amazonas representou um movimento interior que cavou questionamentos do por que estar ali? Por que me implicar com aquela comunidade para onde eu ia? Por que dedicar uma vida a um projeto de cuidado integral em saúde?

Tais questionamentos trazem da memória a minha ancestralidade indígena, elemento hereditário de memória familiar, tão ligado a saberes de cuidado mágico, *curandeiros*; próximo disso rememoro na crônica representações da natureza e sua força para a transformação, metamorfose, muito toca meus sentidos, me lembra de que eu preciso mudar, que o meio em que estou precisa mudar – firma um posicionamento político na memória.

Os paradigmas muitas vezes difundidos por instituições de ensino: saberes que enquadram e privatizam o conhecimento. Um engessamento que num dado momento me fez crer que eu não poderia encontrar minhas motivações na Área das Ciências Naturais; migrei para as Ciências Humanas, e não percebia que a resposta não estava no curso que fazia, ou no que era legitimado institucionalmente, mas muito mais ligado a um movimento de interiorização minha: um esforço para fundir os saberes que recebi em caixas e produzir meus próprios sentidos, sem ter que obedecer a um modelo pré-estabelecido. Um movimento de resignificação libertadora que esta viagem ao interior do Amazonas, lugar de memória, estava me permitindo digerir - meditar (CECCIM, 2010; SILVA e CABALLERO, 2010).

Lembro de ouvir várias vezes que os bons mesmo eram os cirurgiões, depois os especialistas em prótese dentária; e quem não desse muito certo na vida acabava na Saúde

Coletiva. A reprodução de tal discurso deixa expresso o legado originado desde o surgimento da Odontologia enquanto curso institucional: barbeiros e sangradores de um lado e médicos do outro, a fragmentação dos saberes e a divisão social do trabalho, a Odontologia se demarcou distinta da medicina como se fossem quase saberes opostos, além das ideias positivistas impregnadas na confecção dos currículos e consequente formação dos profissionais (WARMLING; MARZOLA; BOTAZZO, 2012).

Grande parte da crise de fragmentação da saúde vem de valores reproduzidos socialmente, porque ganham morada nos indivíduos. Profissionais de saúde que não fazem o movimento de desterritorialização, de reflexão sobre sua formação e suas práticas em serviço, não podem estranhar o mundo e inventar novas realidades, que considerem a complexidade dos processos vivos de saúde-doença (SILVA e CABALLERO, 2010).

A memória pode ser um recurso – ao elencar família, política, trabalho e mais os lugares e acontecimentos vividos pelas pessoas e seus grupos, ou transmitidos hereditariamente<sup>8</sup> – para a construção da coerência, unidade e continuidade, uma organização de si que justifica os modos de ser e agir em sociedade, de compreender um ambiente (BOSI, 2003; POLLAK, 1992).

Por meio da recordação é possível, caso haja desejo e vontade, uma processual ressignificação da formação profissional; como também as lembranças de histórias da família e de histórias, mitos, de um lugar, não deixam de ser uma forma de busca profunda pela organização das motivações pessoais que configuram compreensões a respeito de um cuidado integral em saúde (BOSI, 2003; POLLAK, 1992).

O cuidado em saúde pode ser encarado de forma técnica na realização de procedimentos; pode ainda ser autoritário e prescritivo, onde o profissional de saúde apropriado de um saber-poder espera obediência passiva das pessoas; pode ser um cuidado atento que aproxime saber técnico e científico; mas mais que isso o cuidado pode ser desenhado, construído em conjunto, deve ser relacional uma troca entre pessoas preocupadas umas com as outras e articulado intersetorialmente (BOFF, 1999; SILVA e CABALLERO, 2010).

Integral vem de inteiro, uma abrangência permeável quase que pelo infinito, aquele objeto ideal, completo, pleno em sua própria potência. Uma semente que consegue germinar e virar árvore. No ser humano a integralidade deve falar disso da possibilidade que o ser tem para ser inteiro, com casca e tudo. O processo saúde-doença diz muito nesse sentido, pois estar doente

---

<sup>8</sup> De acordo com Bosi (2003) existe uma substância social da memória e ela se apoia em três vertentes: a família, a política e o trabalho. Pollak (1992) diz que os elementos constitutivos da memória são: os acontecimentos vividos pessoalmente; os acontecimentos vividos pelo grupo social de pertencimento da pessoa; por eventos e personagens que não estão situados no espaço-tempo do sujeito de memória, mas que de modo “hereditário” permeiam o imaginário do sujeito como se fossem próprios dele; por fim, os lugares de memória.

tange limitações para a inteireza, faltam partes, autonomia, já estar saudável é apropriar-se de si, ter resistência para superar as limitações e ser o que se é inteiro. Na realidade, somos saúde-doença, faltantes, em algum nível doentes a caminho da morte; mas ao mesmo tempo abundantes de vida, onde encontramos saúde, pulsão ou ebulição por estar vivos (CAMARGO JR., 2009; CECILIO, 2009; MATTOS, 2009).

Destarte, o cuidado para ser integral deve ser gerido de modo a tentar contemplar a complexidade da integralidade em sua subjetividade no encontro com o outro em sua potência para vida-morte – lugar de cuidado.

A gestão para a promoção do cuidado integral em saúde, por conseguinte, abarca pelo menos três dimensões que podem ser elucidadas como circunferências concêntricas: a profissional, a organizacional e a sistêmica: A profissional está na relação particular, mais íntima entre profissional de saúde e usuário, esse é o círculo mais interior, é a dimensão mais livre, a que abraça mais possibilidades de criação mútua para o cuidado corresponsável e sensível, relacional; todavia é possível que seja também uma dimensão de desrespeito ao outro e então de descuidado. A dimensão organizacional também depende de comportamentos individuais, os microcomportamentos e suas tensões compositoras da organização; mas ela parte da instituição, das legislações e ferramentas gerenciais, informação em saúde, formuladas para direcionar como os serviços de saúde devem funcionar, de acordo com as premissas ideológicas da instituição conforme ocorre na Estratégia Saúde da Família - O que o serviço de saúde precisa ofertar para promover saúde, ampliar a possibilidade do indivíduo e coletivo se desenvolverem em sua potência para a vida? - Já a dimensão sistêmica, o círculo maior, tece as redes de cuidado, articula serviços de saúde com diferentes graus de incorporação tecnológica e pode se articular intersetorialmente, extrapolar serviços de saúde; esse tecido, mais uma vez é confeccionado pela postura de usuários e profissionais de saúde, pessoas em seus encontros (CECILIO, 2009).

Há, perpassando esses níveis de gestão do cuidado - dos encontros humanos, nas conexões, tensões e responsabilizações que se estabelecem dentro das organizações e sistemas sociais- possibilidades para pensar um cuidado integral em saúde.

Refletir sobre esse conceito me dá prazer e fazer parte de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pareceu-me uma oportunidade para fazer as pazes comigo mesma e com o meu campo de atuação, trabalho. O espaço do trabalho como espaço de educação permanente, pedagógico, acendeu uma centelha de que talvez eu conseguisse reencontrar os

passos de uma utopia do cuidado integral, transformador de um meio habitado, humano (SILVA e CABALLERO, 2010).

O campo de estágio, que é um lugar de trabalho e de formação, tem a potencialidade de estimular a produção de modos de existir: de se portar no trabalho em saúde, e por conseguinte em modos de produzir e gerir o cuidado; principalmente se este lugar de trabalho e formação desperta subjetivações criativas, afetivas, éticas e políticas (SILVA e CABALLERO, 2010).

Fato a Residência ser também institucional e atrelado a isso ter aspectos engessados em seu método de ensino em serviço; contudo, encontrar-me nela junto a pessoas abertas para criticar e refletir seus processos, ajuda um pouco no caráter ético-político de repensar a formação como permanente e centrada na integralidade do cuidado em saúde. O convívio lado a lado de outros (usuários e profissionais de saúde) com os quais é possível enfrentar conjuntamente as dificuldades das instituições e serviço de saúde faz da alteridade o aspecto mais transformador (CECCIM, 2010; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010; SILVA e CABALLERO, 2010).

Assim fui reconstruindo-me e produzindo sentidos para a minha atuação, integrada no cotidiano de formação em serviço com a equipe multiprofissional. Chegar no interior do Amazonas foi o ponto mágico, um toque de realidade que me fez sentir que estou onde quero estar, e que atuo onde quero atuar e criar [na produção coletiva de cuidado integral em saúde].



Figura 4 - Fotografia cedida por Lilian Carla de Assis Medeiros. UBSF Nossa Senhora das Dores.

## Quantas fichas vão ser?

*Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos*

(SAINT-EXUPÉRY, 2015, p. 72)



Figura 5 - Fotografia de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Diário de Campo.

Comprei um caderninho espiral de capa dura, tematizado: O Pequeno Príncipe de Saint Exupéry! Na capa o trecho: *Só se vê bem com o coração*. Perfeito! Esse será o meu diário de campo, um caderninho cujo propósito é me acompanhar nos dias da minha viagem e reflexão sobre o estágio vivido em um interior no Amazonas.

Sou cirurgiã-dentista e residente! Residente neste caso quer dizer que faço parte de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e há pouco cheguei da Bahia no município de Manicoré. Estou aqui para fazer um estágio, parte da educação permanente em saúde, no qual pretendo vivenciar os cuidados à saúde de comunidades ribeirinhas, em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF).

A Residência Multiprofissional, de que faço parte, tem o foco em aperfeiçoar profissionais de saúde, através do ensino em serviço para atuar no SUS; mais especificamente na Saúde da Família - uma estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para a expansão e qualificação da Atenção Primária a Saúde ou Atenção Básica - que se pretende *porta de entrada* para os cuidados em saúde. Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) pretende-se reorientar o processo de trabalho e gestão do cuidado com a ideia de inclusão social e humanização do atendimento para saúde, por meio de diretrizes como o Acolhimento, a construção de Vínculo, a Resolutividade, Autonomização e a Vigilância à Saúde (FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Assim, a ESF pode ser potente, pois está pertinho da comunidade onde está inserida. E no caso de uma unidade flutuante, como a UBSF, deve se fazer próxima nas visitas regulares,

e para além delas através dos relacionamentos gerados entre equipe e comunidade. As Equipes de Saúde da Família são responsáveis sanitariamente por um território e pelas famílias que ali residem. Isso quer dizer que os profissionais de saúde devem se envolver com os processos amplos de vida das pessoas. Eles não fazem parte de uma equipe para estar presos em uma sala de consultório emitindo prescrições e fazendo procedimentos técnicos em saúde. Eles fazem parte de uma equipe para ser equipe, trocar saberes, sair juntos andando e pensando a comunidade: se aproximando das pessoas, seus estilos de vida, vulnerabilidades, identificando os equipamentos sociais que podem favorecer a promoção da saúde, os fatores de risco em suas múltiplas determinações, dificuldades que as pessoas tem para ter acesso à educação, saúde e direitos de um modo geral (BRASIL, 2012a; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Por isso *porta de entrada*, por toda essa possibilidade de dar conta de muito do processo saúde-doença, por meio da riqueza de sensibilidade e leveza que se desenrola nas relações interpessoais e de acolhimento às plurais necessidades humanas a partir de um olhar multiprofissional (FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Num município com a maioria da população morando em zona rural, região de rios, uma atenção especial teve que ser direcionada à locomoção via fluvial desses ribeirinhos. O ir e vir das pessoas aos serviços de saúde, localizados na sede do município, pode ser bem difícil, assim como a ida dos profissionais de saúde para as comunidades ribeirinhas. Cada comunidade dessas tem um número de famílias e de habitantes relativamente pequeno, isso varia um pouco de uma para outra, mas ainda assim, em muitos casos, não favorece o estabelecimento fixo de Unidades de Saúde da Família Ribeirinha. Daí a estratégia de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, uma unidade flutuante, com uma Equipe de Saúde da Família própria, a qual tem responsabilidade sanitária pela população de um contingente de comunidades ribeirinhas (BÔAS e OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016).

A Equipe de Saúde da Família Fluvial precisa assumir um compromisso de continuidade: ir e voltar nas comunidades periodicamente, acompanhar as famílias ao longo da vida, abraçando da criança ao idoso em suas especificidades étnicas, culturais, políticas, econômicas, projetar meios para acolher, estabelecer vínculo e assim produzir acesso e autonomia para o cuidado em saúde nas comunidades ribeirinhas... Era um pouco da Estratégia de Saúde da Família Fluvial que eu estava ansiosa por viver! (BRASIL, 2012a; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

\*\*\*

Caí de paraquedas em uma conversa sobre como seria o processo de trabalho dos dentistas na UBSF. No momento, apenas ouvia. Estávamos na Secretaria Municipal de Saúde, em uma espécie de reunião para pequenos ajustes de organização da 4ª viagem da UBSF Nossa Senhora das Dores.

Na PNAB a presença da Equipe de Saúde Bucal em UBSF deve ser avaliada de acordo com a necessidade regional para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. Apesar de poucos estudos epidemiológicos de saúde bucal na região, alguns trabalhos, somados à minha observação durante o estágio, e a demanda das próprias comunidades ribeirinhas, demonstraram a necessária inserção da Equipe de Saúde Bucal na UBSF de Manicoré, não só como presença institucional, tradicional, mas como inserção verdadeira. Desde o ano 2000 na portaria 1.444, de 28 de dezembro, diz que o trabalho de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família deve reorganizar o modelo de atenção garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias; portanto deve ampliar o acesso às ações de saúde vinculadas ao território. Na construção da UBSF Nossa Senhora das Dores uma das cabines foi projetada para ser consultório odontológico. A equipe de Saúde Bucal estava integrada, então, à Estratégia Saúde da Família Fluvial em Manicoré. Espera um momento... Estaria realmente integrada? (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2000; COHEN-CARNEIRO et al., 2009; TOBIAS; PARENTE; REBELO, 2008).

— Quatro limpezas e três restaurações por turno! Só dá para fazer isso no consultório odontológico. Principalmente se for em dente anterior! Eu vejo como demora...E a gente não sai lá de dentro.

Na reunião estavam discutindo o número de procedimentos a serem realizados pelos dentistas durante a viagem.

Não discutia-se ali a situação de saúde daqueles ribeirinhos; nem estratégias para fazermos da nossa viagem uma oportunidade de construção de vínculo, ampliação de acesso, prevenção e promoção da saúde junto às comunidades. O tempo destinado ao planejamento em saúde, previsto na PNAB, me pareceu subutilizado. É possível que tenham feito isso antes da minha chegada e naquele momento estava uma correria; o *fuzuê* da vida real: nas vésperas da saída ainda havia dificuldade para definir a equipe que realmente iria viajar; as últimas compras de comida, combustível, remédios...

Instantes depois recebemos a notícia: os dentistas escalados para embarcar não conseguiram retornar a tempo de uma viagem, logo outras estratégias deveriam surgir. Foi assim que me convidaram para me inserir na equipe de modo mais atuante. Não seria mais uma observadora do processo. Agora, eu seria “membro” da Equipe de Saúde Bucal Fluvial! Junto com a auxiliar de saúde bucal e outra dentista do município convocada de última hora.

Os microcomportamentos estavam atuando ali. As subjetividades de cada profissional, gestor, técnico... as disputas políticas, projetos singulares, tensões... Eu ainda estava bem tímida. Era visitante e na “escala hierárquica” uma estagiária. Tive receio de me intrometer, mas perguntei: — Vamos fazer atividades de educação em saúde bucal? Temos escovas de dente e creme dental para fornecer?

Recebi a primeira resposta negativa, cadenciada por uma série de limitações de recursos para o trabalho odontológico.

— Quando tivermos tempo para a escovação supervisionada, nas comunidades em que passarmos mais de um dia, teremos que pedir aos ribeirinhos para levarem suas próprias escovas. Não temos recursos para dar escovas... Também não temos materiais educativos. Não temos instrumentais para fazer restaurações de amálgama. O sugador e o ultrassom odontológico estão quebrados. Temos o aparelho de RX, mas não está instalado e não tem a câmara escura para revelar as radiografias. Não tem uma empresa para fazer a manutenção do equipamento odontológico na prefeitura, quando é necessário solicitamos um técnico de Manaus, aí tem licitação... Essas coisas... Na sede de Manicoré a maioria dos dentistas só pode fazer extração, pois os compressores estão com defeito há algum tempo... A quantidade de instrumentais é limitada. A gente costuma organizar assim aqui na UBSF: distribuimos três fichas para limpeza, três para restauração e três para extração. As fichas ficam na recepção.

Aquela enxurrada de “não temos” me fez lembrar Camaçari, o município na Bahia, campo de atuação da Residência Multiprofissional, de que faço parte. Eu enquanto residente devo estar pensando e repensando o processo de trabalho em saúde e justo por já ter vivido situações práticas no serviço de saúde em Camaçari e ter me debruçado sobre elas em conjunto com uma equipe multiprofissional de residentes, hoje eu sei que não ter determinado material ou equipamento é ruim, diminui as possibilidades de serviços a serem ofertados, mas não é um evento paralisador.

Nós humanos temos recursos outros, vivos, não materiais e têm sim valor de cuidado em saúde. O ouvido e os olhos são exemplos desses recursos; valorizar o encontro com o outro, acolher e ser acolhido, e no caso da discussão das fichas, essas eram boas alternativas.

Era aquilo mesmo? As fichas ficam na recepção e o ribeirinho diz se vai fazer extração, limpeza ou restauração? Estranhei muito... Talvez não estranhasse se viesse de “alguns tipos” de clínica privada onde vendem mercadorias, mas no SUS... Qual era o objetivo? Cumprir um quantitativo de procedimentos técnicos? E as pessoas? Seus sentimentos e percepções sobre sua Saúde Bucal? As benditas especificidades, particularidades das Populações do Campo e da Floresta? Elas não mereciam uma escuta, um olhar e um diálogo singular sobre sua saúde?

Aquela atitude de distribuir fichas determinando tipos de procedimentos antes mesmo de um primeiro contato com o usuário era justificada na quantidade de instrumental de trabalho disponível; na elevada demanda por serviços odontológicos, em todas comunidades que passaríamos, e no cansaço dos profissionais prestadores do serviço.

Pelo visto não é no ribeirinho, na pessoa singular, e em seu coletivo que se pensa ao tomar a decisão de dar fichas com procedimentos pré-estabelecidos... Esse tipo de escolha da equipe e organização do processo de trabalho para a oferta de serviços não parece se preocupar com o encontrar o outro e na corresponsabilidade de cuidado que pode ser gerada nesse encontro, num ato simples de acolhimento...

Apesar do receio de ter acabado de chegar e já ir tentando alterar algo, arrisquei sutilmente uma sugestão:

— Posso fazer uma sugestão? Sabemos que a demanda por assistência odontológica é grande, justamente pela dificuldade histórica de acesso a dentista que a população tem. Temos apenas um consultório e uma auxiliar, mas somos duas dentistas, então, podemos nos revezar. Enquanto uma faz o atendimento odontológico no consultório, a outra pode ter uma conversa com o usuário em outra sala, a fim de avaliar e discutir a necessidade dele. Assim, a gente otimiza o tempo e não deixa de fazer a escuta, tentar perceber alternativas terapêuticas para cada ribeirinho. Então, não distribuiremos fichas com procedimentos determinados. O que acha?

— Podemos tentar... Mas você verá que dentista não para na fluvial!

Acredito na simplicidade do ato de substituímos as fichas com procedimentos predeterminados (limpeza, extração e restauração) por fichas numeradas em branco, ainda que fichas. A forma como a UBSF Nossa Senhora das Dores acontece atualmente não possibilita o atendimento à livre demanda odontológica - já que pode parecer que mais pessoas precisam de assistência do que estão disponíveis os recursos humanos e materiais – isso é um limite – mas também um reflexo do modo de gerir o processo de trabalho e de cuidado, tanto profissional

quanto organizacional, valorizando mais o instrumento do que as relações (CECILIO, 2009; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

A atitude de escuta prévia ao atendimento odontológico do ribeirinho foi um avanço. Pequeno, mas acolhedor. A comunidade nos acolheu e nós conseguimos fazer um pouco disso, laços... Mostrando a possibilidade de tornar o cuidado menos mecânico, mais sensível às particularidades dos ribeirinhos e suas comunidades.

Li “O Pequeno Príncipe” um tanto tardiamente, já estava na universidade. A sensibilidade daquele livro se impôs a minha memória. Relacionamento, empatia, conhecimento. Aquela ideia de cativar, criar laços.... Conhecimento demanda tempo dedicado e então: “Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.” (SAINT-EXUPÉRY, 2015, p.74).

Era para isso que eu estava ali. Viver uma experiência com os olhos do coração, doar tempo, olhos e ouvidos, acolher e assim ter de presente algum vínculo que me permitisse aprender um pouco mais com os ribeirinhos, e quem sabe doar algo de mim naquele lugar...

\*\*\*



Figura 6 - Fotografia de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Ponta Natal.

Chegamos às 10 horas da manhã do dia 21 de julho de 2016 na comunidade de Santa Rita, local estratégico para atracar a UBSF a fim de dar assistência também às comunidades próximas do Bacabal e São José. A equipe na embarcação era composta por profissionais de saúde integrando a Equipe de Saúde da Família Fluvial, marinheiros, cozinheiro e serviços gerais e administrativos. O atendimento estava previsto para ter início ao meio dia.

Ainda havia tempo para explorar o território, então subimos a ribanceira daquela terra de várzea até a terra firme. Logo à frente na margem da terra alta e do Rio Madeira, uma casa de madeira. A casa flutuava no ar, sustentada por estacas de madeiras, palafitas. Fui convidada a entrar.

Entre as tábuas de madeira, que compunham chão e parede, frestas de luz iluminavam a casa e permitiam alguma ventilação, haviam janelas amplas também. Quase sem móveis aquela sala: uma mesa e tamboretas; afixado a uma das paredes um telefone rural e na outra um quadro com um retrato de um jovem fardado do exército. Depois, quando visitei outras casas parecidas com essa observei ser comum, quadros com fotografias penduradas, nas fotos geralmente estavam familiares falecidos, considerados gente importante para a família.

Me recostei na parede junto a porta da casa e sentei no chão. Quem nos recebeu foi um caboclo alto e forte, cheio de gentileza no olhar. Suas duas filhas e uma sobrinha estavam com ele. Uma devia ter uns oito anos e as outras duas mais novas, uma com uns seis e a outra uns quatro anos, todas um tanto desconfiadas com a nossa presença.

O médico puxava uma prosa com o caboclo, estava sondando o terreno, querendo saber como estavam as plantações e colheitas. Pediu para usar o telefone rural. Ele é um médico bem respeitado pela comunidade, pois já é um senhor com bastante experiência e há muito trabalhou na região. Infelizmente a produção de vínculo e responsabilização da equipe de saúde com a comunidade estava prejudicada, uma vez que a viagem anterior da UBSF aconteceu aproximadamente há seis meses, o cuidado não estava sendo continuado, muito menos longitudinal, depois de tanto tempo era quase um primeiro contato da equipe com a comunidade sem saber quando iria retornar. Não havia garantia de acompanhamento e cuidado.

O modo de atuação da equipe também não se mostrou muito promissor, reproduzia uma organização tradicional do trabalho, com um fluxo assistencial da recepção, distribuindo fichas, para as especialidades: médico, dentista, enfermeiro, vacinas e outros procedimentos, sem realizar o potencial da ESF e sua equipe multiprofissional ao interagir entre si, com o usuário e o território - o que restringiu muito a nossa capacidade de resposta às reais necessidades de saúde locais e o acesso dos ribeirinhos a nós (FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

Como ser *porta de entrada*? Imaginei uma porta destacada da casa, você a atravessa e está no mesmo lugar, a porta se abre apenas para uma passagem. Muitos que necessitem da continuidade do cuidado terão que sair de canoa, rabeta, voadeira e ir até a sede buscar assistência, se conseguirem ir... Ou esperar... Nesse caso existem empecilhos geográficos, econômicos e do próprio serviço de saúde em sua organização.

Recostada naquela casa de madeira vi uma matriarca chegar! Linda... Uma cabocla, morena de estatura mediana, cheia das marcas do tempo e da lida em seu rosto. Recoberta de terra, um facão na mão, estava retornando da roça. Era a avó das cunhantãs. Quando a equipe de saúde apresentou-se e ela soube que eu sou dentista rapidamente solicitou-me o olhar sobre

a boca das netas. Foi o meu primeiro contato com a condição de saúde bucal naquelas comunidades. As três cunhantãs tinham dentes acometidos pela doença cárie, com cavidades extensas e episódios de dor de dente.

Esse quadro se repetiu muito durante toda a viagem. A maioria dos curumins e cunhantãs com dentes cariados, sem contar os abscessos. O primeiro molar permanente (primeiro dente permanente a aparecer em boca por volta dos cinco e seis anos de idade) em muitos casos já haviam sido extraídos ou apresentavam indicação para extração; ou seja uma realidade de mutilação e perda dentária, já nas crianças.

Curiosa... Mesmo num modo de vida atrelado à terra e à água reparei muitas crianças com biscoitos, comidas industrializadas nas mãos, alguns enjoaram de comer peixe. Os adolescentes, caboclas e caboclos de especial beleza: os cílios cheios e compridos, olhos bem desenhados, cor de mel, cabelos lisos, ao sorrir quase todos eles com cáries nos dentes da frente. Cavidades já enegrecidas. Ausência de dentes...

Lembro de ter lido alguns artigos científicos sobre comunidades ribeirinhas (ANDO e FILHO, 2012); a Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas (OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011); a saúde de comunidades ribeirinhas da região norte brasileira (BÔAS e OLIVEIRA, 2016) e um a respeito da oferta e utilização dos serviços de Saúde Bucal em Coari (COHEN-CARNEIRO et al., 2009), outro interior do Amazonas. A leitura confirmava o que eu estava vendo. A descrição da organização territorial das casas de madeira, as palafitas em terra firme nas margens do rio, os meios de transporte fluviais, as famílias tradicionais – pai, mãe, filhos, avós - sobrevivendo de agricultura familiar ou atividades extrativistas, a exemplo do garimpo; a cultura e saberes tradicionais para lidar com a saúde-doença... Todos artigos citavam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde atrelada ao isolamento territorial...

O médico da equipe quando conversou comigo me disse: — Problema de ribeirinho é verminose minha filha! Ribeirinho não é sedentário, trabalha na roça, pesca, poucos tem essas coisas de diabetes e hipertensão. Para controlar o diabetes toma suco de cubio, uma fruta nativa, fácil para o ribeirinho achar.

Isso também estava nos artigos, um dos principais problemas é a qualidade da água, ausência de saneamento básico que gera um círculo vicioso de diarreias e parasitoses intestinais; a hipertensão e o diabetes são agravos que ocorrem, mas pouco (BÔAS e OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; GONÇALVES; PIRES, 2011).

Cá com meus botões vendo a condição de Saúde Bucal pensei: Problema de ribeirão é uma parafernália de coisas, pode ser verminose, falta de saneamento básico, e por isso fluoretação das águas (medida para prevenção da cárie), falta rede de energia elétrica, informação para educação em saúde, serviços em saúde de um modo geral e mais as dores e delícias de cada um que não possui muitas alternativas de escolhas na vida. A UBSF por não ter estabelecido ainda uma periodicidade de visita às comunidades não tem amenizado o problema da acessibilidade. E a cárie é coisa séria. A quantidade de pessoas precisando de atendimento odontológico ou alguma orientação sobre seu auto cuidado é grande. Em contrapartida, o que oferecemos de serviço em uma visita esporádica ainda é uma gota no rio.

Tobias, Parente e Rebelo (2008) fez um estudo epidemiológico em outro interior do Amazonas e constatou que na zona rural tem mais perda de dentes, duas vezes mais necessidade de tratamento odontológico e mais dificuldade de acesso aos serviços, isso em crianças de 12 anos. O artigo que fala a respeito da oferta e serviços de saúde bucal em Coari, à margem do Rio Solimões no Amazonas, de Cohen-Carneiro et al. (2009), coaduna com minha observação de que a descontinuidade de oportunidade na assistência à saúde bucal é uma barreira de acesso, dificulta um cuidado integral com ações qualitativas de prevenção, promoção e assistência odontológica em favor da saúde-vida.

Visitas pontuais e cronometradas em cada comunidade entram em descompasso com as necessidades reais de saúde da população com um concreto e importante quadro de cárie dentre outras doenças bucais, isso acarreta na perpetuação de mais doença e em ações de profissionais de saúde centradas na doença, reproduzindo um modelo de cuidado técnico, anatomofuncional, sem “tempo” ou sem dar prioridade a outros tipos de abordagem para a saúde. Esse é outro fator que não contribui para ampliar o acesso a integralidade do cuidado de tais comunidades – uma dimensão organizacional e profissional da gestão do cuidado que não dá ênfase às possibilidades leves da aproximação pelo acolhimento e vínculo entre profissional e usuário. Seria necessária uma inversão das tecnologias do cuidado, buscando ações que compartilhem conhecimento para popularizar o acesso de assistência também a informação (CECILIO, 2009; FRANCO; PANIZZI; FOSQUIERA, 2004).

Teve uma cabocla... Ela chegou junto com a mãe para o atendimento no consultório odontológico. Estava com um dente da frente acometido por uma cárie extensa, uma exposição pulpar (a “parte viva do dente” já estava visível na boca) de modo que as opções se restringiam ao encaminhamento para fazer o tratamento endodôntico (remover a polpa, corriqueiramente “fazer o canal do dente”) ou realizar a extração dentária. No caso o município de Manicoré não

tem um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e não oferece, portanto, a opção de um tratamento endodôntico pelo SUS, o que desarticula na teia do cuidado, a referência dentro de uma rede para o cuidado integral.

Todavia, o mais importante, ela não tinha apenas doença, os outros dentes da frente estavam saudáveis! Hugo Rossetti, um dentista argentino de filosofia aborígene, de quem tive a oportunidade de assistir uma palestra durante a graduação, defendia em sua fala que o dentista foque a saúde. Não direcione os olhos para o que já está doente! A biologia, segundo ele, a sabedoria mágica do nosso corpo, é capaz de enfrentar, reagir mediante a doença<sup>9</sup>.

Nem sempre é necessário uma intervenção técnica radical. Aí entram os olhos e os ouvidos, a leveza relacional da escuta e diálogo entre dentista-usuário, a fim de dividir as responsabilidades, gerar autonomia para o autocuidado e transpor o limite da boca doente para um indivíduo e coletivo saudável (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

A mãe da cabocla falou:

— O pai mandou tirar todos dentes da frente doutora.

— Todos? Qual o motivo? Somente um está doente.

— Ele disse que vai mandar fazer uma prótese para ela. É melhor tirar tudo logo.

— A senhora sabia que ela pode tratar o canal do dente? No caso ela não vai perder ele.

— É muito difícil doutora a gente conseguir ir para dentista, não vai dar para fazer canal, a gente quer que tire os dentes, eles estão feios.

— Mas senhora, ela é jovem e só tem um dente doente. Eu não acredito que tirar os dentes que estão bons seja a alternativa. Estão um pouco desalinhados, mas não justifica extração. Além de dente ela perderia muita estrutura óssea... A expressão do rosto mudaria. Olha, é possível fazer a prótese de um dente só. E se ela puder cuidar dos outros dentes não precisa perder mais nenhum.

— E pode? A prótese de um dente só? Então faz aí doutora, tira esse dente aí.

A ausência de um centro de referência para especialidades odontológicas é um problema. O cuidado fica fragmentado, não temos muita opção quando a doença já está instalada... Existem as necessidades estéticas e de reabilitação, ortodôntica, protética; as quais deveriam ser supridas por estes centros de referência, pois também são questões de saúde, se interferem na autoimagem e estima da pessoa.

---

<sup>9</sup> Curso Internacional de Saúde Coletiva “La mejor Odontologia para Latino-américa” ministrado pelo Dr. Hugo Rossetti, no I congresso Internacional de Odontologia Vitória da Conquista- BA em novembro de 2007.

Por fim, muitos dentes são perdidos e não temos como garantir a reposição por prótese ou implante. A garantia da integralidade do cuidado fica comprometida, interditada. É meu papel fazer a referência desta paciente com fins terapêuticos, conduzi-la pela rede, mas para isso precisa haver rede e não furos. É direito constitucional dela ter acesso a saúde. Se ela não pode recuperar um dente, um sorriso, isso é uma restrição social de direito - reflexo de modelos de saúde em disputa. O modelo privado ainda ocupa um espaço substancial, não é de fato complementar, o que atrasa conquistas do movimento sanitário; precisamos, enquanto sociedade, cavar espaços para que o projeto do SUS, se é nele que acreditamos, possa ser universal; e os direitos à saúde, em sua integralidade, se materializem no cotidiano.

Não são apenas dentes perdidos. São sorrisos acanhados, um redesenho da autoimagem. São dificuldades para comunicação, alimentação e relacionamento. São amputações de direito, de parte do ser humano integral que deveria estar ali.

\*\*\*

De fato nós da equipe de saúde bucal, na UBSF, quase não saímos do consultório e não paramos de trabalhar. Isso justificado por uma procura muito grande por dentista - mesmo restringindo o acesso com um quantitativo de fichas -, nós entrávamos no consultório às sete horas da manhã, pausa de uma hora para almoço, e só saíamos de lá, muitas vezes, às seis da tarde ou mais. Ou seja, a restrição por fichas não facilitou a nossa vida nem a do usuário. Vivenciamos um trabalho intenso e com muito risco de sucumbir ao ato mecânico de intervenção e prescrição, limitado ao campo biológico, técnico-odontológico.

Avalio que isso ocorreu algumas vezes, uma abordagem mais restrita a cavidade oral; atendíamos uma média de 14 ribeirinhos por turno, difícil ampliar a clínica quando temos compromisso com números, quando um cronograma foi estabelecido sem o planejamento participativo da equipe multiprofissional... Nosso papel de Equipe de Saúde Bucal Fluvial acabou por ficar um tanto restrito.

Dentro do consultório odontológico a integração da Equipe de Saúde Bucal foi bastante enriquecedora, houve muita troca de saberes, sensibilidades, cumplicidade e acolhimento para com os ribeirinhos; mas no que diz respeito à nossa responsabilidade de acompanhamento dos usuários de forma compartilhada com a equipe multiprofissional, ficamos aquém (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Não participamos de consultas compartilhadas; interagimos com a equipe e com a comunidade, ampliamos nossa visão sobre o modo de vida e condição de saúde da região, mas penso que não o bastante.

Nós da equipe de saúde bucal aproveitamos pouco e fomos pouco aproveitadas no quanto é potente a integração em uma equipe multiprofissional; não houve reunião de equipe para discussão de casos; um número reduzido de visitas domiciliares em conjunto. Poderia ter sido mais. Atividade coletiva de escovação supervisionada esteve restrita a uma das comunidades. Em resumo reproduzimos a prática de doar a maior das nossas energias em procedimentos técnicos-odontológicos, intervindo sobre a doença.

A formação tradicional nas ciências da saúde, de onde trago em parte uma memória coletiva, valorizam o objeto doença e as intervenções, medicalização, sobre as mesmas. O esquecimento do sujeito, ser humano onde a saúde e a doença se processam é um fator restritivo para a percepção dos determinantes sociais e os aspectos particulares a cada ser humano e grupo social em seus modos de vida e de ser saudável-doente (BOSI, 2003; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Enxergar quando somos absorvidos pelo hegemônico é um exercício de criatividade. A integralidade e consequente união entre sujeito-objeto em seu entorno cultural e político é urgente, pois o ser humano é como esse fluir vivo do rio que se transforma a todo instante assim como sua saúde-doença.

Nesse movimento de refletir que tipo de cuidado eu estava ajudando a construir, fiquei a pensar se o cuidador ao se deslocar, em um espaço como o que descrevo (fantástico e difícil, repleto de necessidades sociais concretas, além de distante do conforto do lar), é capaz de se deslocar também em tempo para se doar e criar laços? para contribuir com um cuidado comprometido com a comunidade ribeirinha e as relações de trabalho multiprofissional em que está inserido? É preciso estar alerta para não reproduzir a fragmentação, o isolamento em caixas de cuidado/descuidado, moldadas para caber práticas instituídas e cumprir uma função utilitária, pouco criativa: metas, obrigações.

A superação das fichas com procedimentos pré-estabelecidos e a escuta dos usuários – uma luz! Bússola para continuar avançando!

*Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo...*

(Saint-Exupéry, 2015, p. 68)



Figura 7 - Fotografia (Selfie) de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Equipe de Saúde Bucal na 4ª viagem da UBSF Nossa Senhora das Dores.

## De uma margem a outra do rio: de Tracuí a Biribá

*Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.*

(BOFF, 1999, p. 33)

Estou de volta ao lar. Salvador-Bahia, e neste exato momento introspectivo, tento apreender as veias de significados desenhados em mim, pela rede hidrográfica da região do Madeira (afluente do Rio Amazonas) com suas comunidades ribeirinhas, em Manicoré.

Tenho em mãos uma fotografia especial do local de onde retornei. Lilian, a Assistente Social do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que esteve comigo durante a quarta viagem da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Nossa Senhora das Dores, foi quem fez o registro fotográfico.



Figura 8 - Fotografia de Lilian Carla de Assis Medeiros. Biribá, zona rural de Manicoré-AM.

25 de julho do ano 2016, acordei e a UBSF estava atracada em Tracuí, uma comunidade indígena. Seria mais um dia intenso no consultório odontológico? O ritmo estava bem acelerado desde o início da viagem. Na noite anterior houve chuva e o amanhecer estava nitidamente úmido. A paisagem, no rio Maturá, era particularmente bela, as águas não eram barrentas como as do Rio Madeira.

Às sete horas da manhã as pessoas não chegaram para o atendimento na UBSF. Então, subimos o barranco para visitá-las. A disposição das casas era um pouco diferente de outras comunidades. Eram casas de madeira na beira do rio, mas formavam um círculo com uma área de terra aberta no centro. Assim como apresentava uma organização das casas peculiar, a saúde bucal também deveria ser. Cada comunidade tem uma cultura recheada de costumes os mais variados; não dá para dizer que visitou uma comunidade indígena e sabe como índio vive. Eu atraída por aquele povo por minha ancestralidade indígena estava ciente que o meu afeto é mais uma transferência a nível simbólico do imaginário, o que não deixa de ser valioso, e atribuir-me empatia, reconhecer-me cabocla! (COHEN-CARNEIRO, 2009).

Meus olhinhos estavam brilhando ao observar: na porta de uma das casas, uma mulher agachada de cócoras lavando roupas em bacias. Quase todas as casas com utensílios de metal, panelas penduradas, roupas pelo chão e pessoas sentadas ou deitadas nesse mesmo chão. O dia estava iniciando lentamente e no centro daquele círculo envolto por casas: patos, galinhas e curumins se espalhavam. As pessoas nos saudavam deitadas ou sentadas mesmo onde estavam.

Comunidades que são registradas como indígenas fazem parte de um Distrito Sanitário Especial Indígena e têm uma equipe de saúde específica para dar assistência a eles. Talvez por isso não houvesse tanta urgência pelos nossos serviços e a aproximação entre a equipe e a comunidade pudesse começar sutilmente como uma paquera... (COHEN-CARNEIRO, 2009).

Quando iniciamos o atendimento no consultório odontológico, o primeiro a ser assistido foi o presidente da comunidade. Ele apresentou-se enquanto representante e nos deu boas vindas, agradeceu a nossa presença lá. Eu achei interessante o primeiro paciente ser o líder da comunidade, ele começou nos acolhendo e me pareceu estar sondando se seríamos acolhedores para sua comunidade... Mais nove pessoas foram assistidas por nós naquela manhã e somente uma teve a demanda de extrair um dente. Essa diferença do tipo de demanda por assistência em saúde bucal possivelmente está atrelada, dentre outros fatores, ao acesso continuado a uma profissional dentista responsável pela área indígena da região. O que aponta para a esperança de que se a UBSF de Manicoré regularizar a frequência de suas viagens para as comunidades, daqui a um tempo, veremos mais saúde nos sorrisos dos ribeirinhos. Isso se a equipe puder planejar estrategicamente suas ações, discutir a situação de saúde-doença, formar vínculo com as famílias e gerir um cuidado responsável em conjunto com os ribeirinhos.

Almocei um pacu frito, pescado pelos meninos que viajaram conosco. Estou rememorando esse dia, porque foi especial para mim e está me fazendo pensar até agora, após

o almoço nos deslocamos para a outra margem do rio, ainda no Mataurá. Não estávamos mais em terra indígena, era Biribá.

Os moradores eram ribeirinhos, caboclos como eu. Sai do barco, vi uma bica, água refrescante, logo a frente uma escadaria elevada e íngreme de madeira, alguns degraus em falso, partidos: Cheguei na cena da fotografia.

Aquela família reunida em um comprido, mas estreito banco de madeira: pai, mãe, avô, curumins (ao pé deles além do enquadramento fotográfico havia um porquinho selvagem. Ele fazia parte da estimação da família, além de um pacote plástico de biscoito misturado no mato). Voltando ao enquadramento, olhares fixos na câmara e um ensaio de meio sorrisos bem menos escancarados que o meu.

Podemos nos enganar se achamos que a comida industrializada não chega, ou chega pouco nas comunidades ribeirinhas, e que a alimentação deles se restringe a peixe e farinha de mandioca. Ali havia o pacote de biscoito como testemunha. Eu vi várias vezes nas mãos das crianças pacotinhos com guloseimas. Isso, somado a ausência de água tratada e encanada, portanto, de água fluoretada, e mais barreiras de acesso - geográficas, econômicas e da própria rede pública de organização dos serviços odontológico (na sede do município há um tempo só são realizadas extrações e têm poucas vagas para consulta odontológica; descontinuidade nas visitas da UBSF e de ações de educação em saúde), tudo isso e mais um pouco reflete uma série de problemas bucais-sociais (COHEN-CARNEIRO, 2009).

Mesmo diante dessas dificuldades era muito fácil atender crianças ribeirinhas. Me surpreendi. Curumins e cunhatãs se comportavam como adultos bem resolvidos em uma cadeira de dentista. Não me deparei com a birra, tão frequente nas crianças que estou acostumada a atender. Eles sentavam, abriam a boca e deixavam fazer todo o necessário sem reclamar e sem expressar sentimentos de medo ou insegurança. Fazer procedimento era fácil. Mas cuidar mais amplamente da saúde bucal daqueles curumins e das suas famílias tão reservados em suas emoções, com uma história de restrição de direitos, foi e é um desafio. Se a acessibilidade a serviços de saúde é joia rara, não podia escorregar da peneira por conta de “tolice”, medo. Quem sabe a ameaça de não ter outro momento para estar na cadeira odontológica... ou até a novidade de nunca ter estado antes... são elucubrações...

— A coisa está feia aí...

Falou o curumim sentado na cadeira odontológica sem muita expressão. 10 anos de idade. Eu quis brincar um pouco para descontraí-lo, mas ele não sorriu abertamente. Perguntei se ele sentia dor nos dentes...Ele respondeu: Não. Então não deve estar tão feio assim!

Ao iniciar o exame clínico da boca imediatamente um sentimento de angústia e impotência tomou conta de mim. Praticamente todos os dentes estavam cariados, não tinha levado a sério a fala dele: *A coisa estava feia.*

\*\*\*

Retornei do Amazonas para o meu campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Camaçari-BA, e a imagem daquele curumim de 10 anos com tamanho comprometimento da sua saúde bucal, tão precoce, persistiu em meus pensamentos como um refluxo de memória. Não era apenas ele, as outras crianças de Biribá também apresentavam uma situação importante de cárie, e aqueles meio sorrisos acanhados da fotografia. Aquele comportamento tímido, sem muita expressão...

O mais intrigante era a diferença de uma margem a outra do mesmo rio Maturá: de Tracuí para Biribá. Dois lugares tão próximos e com realidades tão diversas... Em uma margem pessoas donas de si, dos seus direitos, na outra nem tanto...

O que aquilo me dizia sobre o meu lugar de profissional de saúde?

Algo na natureza sugere que em algum nível o cuidado é essencial. A vida não desenvolveria sem ele, e grande parte do que adoce e é desfeito tem a sua origem na ausência de cuidado (BOFF, 1999).

Não se trata de uma ciência das doenças homogêneas! A terapêutica não tem um molde universal e verdadeiro. Existe complexidade nas relações de vida, nos processos vivos de saúde-doença, os quais devem ser compartilhados entre as pessoas com fins de alcançar algum cuidado (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Como cirurgiã-dentista e residente, no encontro entre educação-trabalho-saúde, penso a respeito disso e me responsabilizo... São necessárias mudanças na mentalidade para ser uma agente de cuidado integral em saúde.

Uma mudança social da mente deve trazer consigo contradições e inseguranças; provavelmente não é do dia para a noite que a instituição de práticas tradicionais em saúde se transformam em novas experiências de cuidado para a vida, contudo, passear por campos de significação e as vezes permanecer neles, por escolha, pode ser produtivo e ajudar na reflexão a respeito das maneiras de vivenciar cuidado no cotidiano do serviço de saúde (GEERTZ, 2012; SILVA e CABALLERO, 2010).

A Saúde Bucal Coletiva<sup>10</sup> é um campo de saber que tenciona mudanças nos modos de prestar cuidado em saúde bucal; permeando a Estratégia Saúde da Família, absorve e participa de saberes comuns a essa estratégia e a própria Saúde Coletiva; a exemplo da “caixa de ferramentas tecnológicas” materiais e imateriais que podem ajudar - quando empregadas em acordo com o lugar e objetivo dos profissionais e usuários - na metamorfose de um olhar para doenças para um olhar ao ser humano em sua integralidade (MERHY e FEUERWERKER, 2009; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Essas ferramentas tecnológicas segundo Merhy e Feuerwerker (2009), são de três tipos: uma está vinculada ao diagnósticos e consequente plano terapêutico fazendo uso de instrumentos, a exemplo do espelho clínico bucal, e a escolha de um material restaurador - amálgama, resina, cimento de ionômero de vidro - essa por si só é uma tecnologia dura, mas se atrelado aos instrumentos e materiais entram outros saberes clínicos e epidemiológicos, desdobrados sobre a vida de um usuário particular, estaremos diante de uma tecnologia leve-dura para diagnóstico e terapêutica. E se o foco está na singularidade produzida nas relações entre trabalhador-usuário, na escuta, interesse, construção de vínculos e confiança estaremos diante de uma tecnologia leve, na qual o usuário tem a maior oportunidade de participação, portanto, de produção de autocuidado. Todas essas tecnologias são úteis, mas a depender da ênfase e valoração dada ao duro ou leve teremos mais ou menos presente um modelo de assistência à saúde, um modelo de clínica e serviço.

Toda essa caixa de ferramentas pode apresentar-se como recurso em prol ou contra a organização para a promoção de cuidado integral e ser útil na gestão de cuidado. Tais ferramentas são operacionalizadas e agregam valor e afeto na dimensão relacional entre profissional-usuário, caso isso não ocorra, mesmo as que deveriam ser leves (acolhimento, vínculo), correm o risco de ser endurecidas, se ao invés de incorporadas de modo fluído e significativo, como potentes para o encontro com o outro, forem uma imposição de uma gestão do cuidado apenas organizacional. Por conseguinte, a gestão do cuidado, para ser um fazer integral, precisa manter seu núcleo de liberdade relacional e singular protegido. Reafirmando que as tecnologias leves realmente produzem sentidos especiais para o cuidado na abertura para percepções e alternativas criativas implicadas com o outro (CECILIO, 2009; MERHY e FEUERWERKER, 2009).

---

<sup>10</sup> “[...] é um movimento contra-hegemônico que luta por sua legitimação como política pública de saúde e como fundamento político-filosófico dos cursos de formação em Odontologia.” (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010, p. 250).

É na dimensão palpável do encontro profissional-usuário que a gestão do cuidado pode produzir sentidos para a clínica e promoção de cuidado integral. Uma terapêutica restrita a um momento enclausurado em um consultório é muito pobre de sinais e sintomas do processo saúde-doença; esses extrapolam muito o que é perceptível num momento, principalmente se a atitude de empatia no ver e ouvir estiverem em segundo plano; na certa o diagnóstico e plano de tratamento fruto desse tipo de encontro será endurecido e irá incidir em equívocos de descuido. O profissional de saúde necessita de conhecimentos técnicos, mas também humanísticos e sociais para abranger sentidos e modos, de viver a clínica e o cuidado, ampliados, mais leves conforme as relações são dinâmicas e imprevisíveis, capazes de serem refeitas e ressignificadas como a vida humana é (CECILIO, 2009; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010; SILVA e CABALLERO, 2010).

Mais do que a relação profissional-usuário a Estratégia Saúde da família nos permite ampliar ainda os sentidos para gestão da clínica e da promoção de cuidado na relação equipe-usuário. Várias pessoas, visões do mundo e saberes, envolvidas por diversos objetivos particulares, porém em comum: a corresponsabilidade de cuidado em uma comunidade. Nas reuniões de equipe deve haver espaço de troca, planejamento de estratégias peculiares a cada processo de adoecer e ter saúde, tanto coletivo quanto individual; a equipe precisa acontecer no território, fazer visita domiciliar - reconhecer a família como um emaranhado de significações contraditórias de afetividade e violência, proteção e exposição, alegria e sofrimento, uma parceira na produção da morte-vida em sociedade - tudo isso e então o plano terapêutico singular, uma ferramenta complexa, mas carregada de leveza, para abraçar a complexidade do cuidado integral (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Acionar a família do curumim, e também a equipe multiprofissional de saúde para pensar junto com eles quais os fatores de risco para um menino de 10 anos e vários outros meninos e meninas em Biribá estarem naquela condição “feia”? Precisariamos de um *genograma* (entender as relações familiares)? um *ecomapa* (as interações familiares com o ambiente vivo)? Nos envolver, enquanto equipe de saúde, com a cultura familiar e seu modo de vida social para desenvolver juntos o empoderamento, a autonomia de cuidado e a promoção da saúde naquele território ribeirinho, é necessário (BRASIL, 2014).

Mesmo encontrando um cronograma pronto de viagem e práticas enrijecidas em um serviço de saúde, é possível buscar espaços e escapar à normativa, provocar a oportunidade de “desorganizar” para singularizar o processo de cuidado (MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Na UBSF me deparei com os limites institucionais de um planejamento em saúde vertical, recebemos uma lista com datas e nomes de comunidades ribeirinhas, algumas com apenas um turno, o critério para a base de cálculo do tempo em cada uma, não sei, provavelmente o número de habitantes. Por que passar somente um turno em Biribá? Uma comunidade pequena, com poucos habitantes, entretanto variadas necessidades de cuidado, de informação, educação em saúde. Talvez um turno em Tracuí tenha sido relevante mediante a garantia de retorno, mas em Biribá era ínfimo.

Essa organização pode ser mais produtiva se discutida e pactuada em equipe para que as ações em saúde da Equipe de Saúde da Família Fluvial não sejam pontuais e mecânicas. Pois, o cuidado em saúde exige criatividade coletiva, sensibilidade sobre realidades específicas, como a da família ribeirinha na fotografia. Uma atitude de cuidado para além do ato tem a referência de si com os outros, formula e reformula em equipe para uma gestão de cuidado realmente compartilhada e promotora de cuidado; quando somos capazes de enxergar as necessidades do outro e criar espaço e tempo para alcançá-lo (BOFF, 1999; MOSCHEN; FAJARDO; DIERCKS, 2010).

Em meio a devaneios e reflexões, não ter certeza do próximo passo a dar embeleza essa construção de ser cuidador, deixa aberta as janelas para a criatividade. Reflexos da memória coletiva podem ocorrer; a corrente do rio não passa por caminhos sem obstáculos, enfrentar as curvas torna o movimento das águas mais instigantes. Agora de volta para casa espero não ser mais uma profissional a reproduzir irrefletidamente os fazeres em série da Odontologia, espero um fazer trançado no encontro do outro e seu lugar de vida: Desejo ser uma desenhadora criativa de cuidado por onde for.



Figura 9 - Fotografia de Ana Figueiredo Bomfim Matos. Horizontes Abertos.

## DEVANEIOS DE UMA DENTISTA DESENHADORA DE CUIDADO

Os desenhos da minha memória, em uma história de vida e de formação para saúde, delineiam traços de uma identidade para o cuidado. Não qualquer cuidado. Mas um compromisso com a transformação de um modelo de saúde improdutivo, estéril de vida e de significados para mim, e creio para o outro também.

O lugar da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, onde educação-trabalho-saúde podem se encontrar é fértil para tal transformação, principalmente se há abertura para experimentar, se envolver, mergulhar em um lugar de memória real com necessidades concretas e especiais de saúde, como nas comunidades ribeirinhas em Manicoré.

Ali, imersa no contexto das famílias e do serviço de saúde da Atenção Básica, na UBSF, pude repensar minhas posturas, limites e possibilidades. Me reencontrar com a potência de um cuidado amplo e singular, articulado com a alteridade e, enfim, me reconhecer profissional de saúde em constante devir: abertura para refletir o cuidado implicado com o contexto e com o outro.

A gestão do cuidado integral ocorre em suas dimensões sistêmica, organizacional e do trabalho para saúde, dentro de uma organização social; mas a gestão é realizada por pessoas cuidantes e cuidadas, justamente no encontro dessas que o cuidado pode ser projetado, desenhado, vivido de modo criativo ou estagnante. Dessa maneira, o cuidado e sua gestão se confundem com os processos de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, o modo como essas se organizam, planejam ações e assumem posturas no fazer clínico e na assistência de um modo geral - se são em prol do outro ou não - podem ampliar ou restringir o acesso aos serviços e saberes em saúde nas comunidades.

Portanto, desobstruir a válvula artística para desenhos de cuidado comprometidos hoje e amanhã: ressignificando as compreensões hegemônicas da doença à saúde, significa avançar também nos microcomportamentos, em um projeto de sociedade mais bela e menos feia; uma Atenção Básica acolhedora, *porta de entrada* que gere mais acesso para um SUS: casa do cuidado integral, também na Saúde Bucal.

## REFERÊNCIAS

- ANDO, M.N.; FILHO, R.C.G.A. População Ribeirinha. In: Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípio, Formação e Prática**. Vol 02. Porto Alegre: Artmed, 2012 p. 449-458.
- BÔAS, L.M.S.V.; OLIVEIRA, D.C. A Saúde Nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira: Revisão Sistemática da Literatura. **Investigação qualitativa em saúde**. Vol.2. Atas CIAIC, 2016 p.1386 -1395.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. pp. 13-57.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. **Manicoré**. <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/1302702>. Acessado em 30 de dezembro de 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília, 2012b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e da Floresta/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – 1. ed; 1. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2000 dez 29.
- CAMARGO JR., K.R.de. Apresentação. In. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. pp. 15-19.
- CECCIM, R.B. Prefácio. In. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. pp. 17-22.
- CECILIO, L.C.O. A Morte de Ivan Ilitch, de León Tolstoi: elementos para considerar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

COHEN-CARNEIRO, F. **Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no Estado do Amazonas**: estudo de caso. 2009. 113 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; PONTES, D.G. et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1827-1838, ago, 2009.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA VITÓRIA DA CONQUISTA – I CIOVIC -, nov. 2007, Vitória da Conquista. Curso Internacional de Saúde Coletiva “La mejor Odontologia para Latino-américa” ministrado pelo Dr Hugo Rossetti.

GAARDER, J. **O Mundo de Sofia**: romance de história da filosofia/ Jostein Gaarder; tradução João Azenha Jr. – São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GEERTZ, C. A Política do Significado. In. **A interpretação das culturas** – 1. Ed. – [Reimp.]. – Rio de Janeiro: LTC, 2012. pp. 135-145.

FRANCO, T.B.; PANIZZI, M.; FOSQUIERA, M. O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde. In. **Divulgação em Saúde para Debate**, N. 30, Rio de Janeiro, Março, 2004.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990. (da introdução até a página 52) Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/73658737/Maurice-Halbwachs-A-Memoria-Coletiva>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MATTOS, R.A.de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. pp.43-68.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MOSCHEN, A. Z.; FAJARDO, A. P.; DIERCKS, M. S. A integralidade e o trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde. In. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre:Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. pp. 243-260.

OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F.; PIRES, R. O. M. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(1):35-45, jan.2011.

POLLAK, M. Memória e Identidade Social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, col. 5, n. 10, 1992, p. 200-212.

SAINT-EXUPÉRY, A. de, 1900-1944. **O Pequeno Príncipe**/ Antonie de Saint-Exupéry: com aquarelas do autor; tradução de Dom Marcos Barbosa. – 51.ed. – Rio de Janeiro: Agir, 2015. 96p.: il.

SILVA, Q.T.A.da; CABALLERO, R.M.S. A Micropolítica da Formação Profissional na Produção do Cuidado: Devir-residência. In. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre:Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. pp. 61-73.

TOBIAS, R.; PARENTE, R. C. P.; REBELO, M. A. B. Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico. **Ver. Bras. Epidemiol.** 2008; 11(4): 608-18.

WARMLING, C. M.; MARZOLA, N. R.; BOTAZZO, C. Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.181-195.