

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS



ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha

ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Rodrigo Tobias de Sousa Lima¹

Curso de Atenção à Saúde da População Ribeirinha

¹ Doutor em Saúde Pública e pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazonas.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Estratégias para o desenvolvimento de ações em
saúde na população ribeirinha [livro
eletrônico] / organização Rodrigo Tobias de
Sousa Lima. -- 1. ed. -- Manaus, AM :
Universidade do Estado do Amazonas - UEA, 2021.
PDF

"Vários colaboradores"
ISBN 978-65-87214-44-3

1. Comunidade ribeirinha - Amazônia 2. Saúde
pública - Amazonas I. Lima, Rodrigo Tobias de Sousa.

21-66015

CDD-362.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública : Diagnóstico : Bem-estar social
362.1

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

FICHA TÉCNICA

© 2021. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & Universidade do Estado do Amazonas

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Ministério da Saúde

Marcelo Queiroga
Ministro

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS

Raphael Câmara Medeiros Parente
Secretário

Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Maria Fabiana Damásio Passos
Secretária-executiva

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Nísia Trindade Lima
Presidente

Universidade do Estado do Amazonas

Cleinaldo de Almeida Costa
Reitor

Escola Superior de Ciências da Saúde

Diego Ferreira Regalado
Diretor

Centro de Pesquisa & Desenvolvimento UNA-SUS Amazônia

Waldeyde O. Magalhães dos Santos
Coordenadora Geral

Universidade do Estado do Amazonas

Centro de Pesquisa & Desenvolvimento UNA-SUS Amazônia

Av. Carvalho Leal nº 1777 - Cachoeirinha - 69065-001 - Manaus - AM
Tel. 92 3611-4174 | contato@unasusamazonia.com.br | www.unasusamazonia.com.br

Coordenadora Geral

Waldeyde O. Magalhães dos Santos

Coordenadora Acadêmica

Isabela Cristina de Miranda Gonçalves

Coordenador de Produção

João da Mata Libório Filho

Editora Técnica

Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Conteudista

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Designer Instrucional

Nathalia Flores

Designer Digital

Cael Fernando Saraiva Pinheiro

Desenvolvedor

Augusto Rozendo Ribeiro de Arruda

Apoio Técnico

Desirée Emelly Gomes Nascimento

SUMÁRIO

UNIDADE

APRESENTAÇÃO	7
UM OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO	8
AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EXISTENTES E O TERRITÓRIO	10
A PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NO ATO DE FAZER SAÚDE	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

APRESENTAÇÃO

O e-book a seguir apresenta modos de fazer saúde e produzir cuidado em saúde para as populações que vivem ao longo dos rios na Amazônia, em contextos específicos e remotos, e a importância de considerar o modo de vida e organização dos ribeirinhos no desenvolvimento de ações em saúde, visando cuidado integral e suas necessidades sociais.



Território amazônico - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens

UM OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO

Na Amazônia ou no Pantanal, se faz necessário olhar o território pelo contexto complexo que envolve: indivíduo, natureza, espécie, pois se refere a um contexto de múltiplas interpretações. Existe a Amazônia dos índios, da floresta intocada, dos animais, da biodiversidade, dos conhecimentos tradicionais. Mas existe também a Amazônia das fazendas e estradas, a explorada pelo extrativismo, a dos garimpos e outros contextos. Ao longo da história ficou evidente no imaginário social um conjunto de representações e símbolos a respeito do território da Amazônia e especialmente em relação às populações tradicionais da região, tomando como exemplo os ribeirinhos (SCHWEICKARDT, KADRI, LIMA, 2019). Essas representações afirmaram maneiras defasadas de enxergar a identidade das populações ribeirinhas que na maioria das vezes conduz a invisibilidade da população amazônica. Na verdade é necessário superar esse modo de ver a

Amazônia, pois está oculta à existência das populações da floresta. Dentre as “várias amazônias” se destaca a Amazônia das águas e das pessoas, constituído pelo indígena, pelo ribeirinho, pelo quilombola, pelo urbano e rural, que flutuam nesse território. É imprescindível compreender a realidade, incluindo na natureza de sua função médica, o aspecto social e cultural na constituição da identidade dos ribeirinhos e analisando temporalidade bem como suas peculiaridades de tradição e o movimento com a natureza.

Apresentamos ainda o ribeirinho que é o habitante tradicional das margens dos rios. Estes vivem com as condições oferecidas pela própria natureza, adaptando-se aos períodos das chuvas e a sazonalidade dos rios. Tendo a pesca artesanal como principal atividade de sobrevivência, mas cultivam também pequenos roçados para subsistência (consumo próprio) e também podem praticar atividades extrativistas (FRAXE, PEREIRA, WIGOTISKY, 2007; LIRA, CHAVES, 2016).



Ribeirinhos - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens

Entendido isso, a pergunta que nos conduz a entender que ações de saúde podemos desenvolver em área rural e ribeirinha da Amazônia é: como fazer saúde nesses territórios específicos? Sendo assim, o objetivo desse texto é identificar meios e recursos disponíveis no território para uma prática efetiva da atuação médica qualificada na população ribeirinha. E para isso, precisamos saber que existem um conjunto de iniciativas e conceitos gerados que fazem alusão à saúde dos ribeirinhos que são: a) as políticas públicas de saúde; b) o conhecimento do território com suas tradições e relações sociais existentes; c) a proposição de estratégias de ação no ato de fazer saúde com esta população.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EXISTENTES E O TERRITÓRIO

As políticas públicas, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social (FLEURY, OUVÉRY, 2008). No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito. Assim, é permissivo afirmar que já temos algumas políticas afirmativas que abrangem algumas dimensões das necessidades de saúde da população ribeirinha, levando em consideração a diversidade do local.

Por meio das políticas de saúde já existentes e reconhecidas pelo Estado, destacamos três, que são: a) Política Nacional da Atenção Básica (PNAB); b) Política Nacional dos Povos das Águas, dos Campos e da Floresta (PNPACF) e; c) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS).



“Política Nacional dos Povos das Águas, dos Campos e da Floresta”

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

Em um nível macro de avaliação das políticas, a PNaPS contribui com o olhar mais ampliado de ações de saúde. O conceito ampliado de saúde apresenta sua promoção como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo com responsabilidades para os três entes federados (DIAS et al., 2018). Visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2014).

Assim, ações de promoção da saúde incidem diretamente sobre as condições

de vida da população extrapolando a prestação de serviços médicos assistenciais e entende a saúde como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento econômico e social de um país (BUSS, 2009). Sícoli e Nascimento (2003) resgatam os princípios da promoção da saúde que são a equidade (necessidades específicas para populações específicas), empoderamento individual, participação comunitária e a intersetorialidade que garantem as ações multi-estratégicas para o enfrentamento de problemas sociais que repercutem diretamente no setor saúde.

A PNSPACF consiste em trazer aspectos do Brasil rural na relação com a proteção social das populações com destaque a saúde. A PNSPACF tem o objetivo de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, etnia e orientação sexual, visando o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013). O Brasil rural tem populações em condições de isolamento geográfico na Amazônia, expostas a riscos e agravos de saúde radicalmente diferentes.

No mundo rural, há, primeiramente, a questão ambiental, que está diretamente ligada ao modo de vida e reprodução social. Há um modo de produzir que vai desde a pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo, a mineração, que expõem essas populações a um conjunto de agravos específicos, que precisam ser conhecidos e cuidados pelo sistema de saúde (PESSOA, ALMEIDA, CARNEIRO, 2018). Diante desta questão, profissionais de saúde que promovem a assistência precisam considerar o modo de vida do ribeirinho, sua percepção sobre o ambiente com os sentidos e significados das relações entre homem e natureza, na produção do cuidado pelos serviços de saúde.



Pesca artesanal - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens

À propósito, a política que mais produziu impactos positivos na oferta da atenção à saúde em populações ribeirinhas sob a perspectiva da universalidade e da equidade foi a PNAB. A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações, atendimentos e serviços de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de milhões de brasileiros. A Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS. Aqui se efetiva a ação das equipes multiprofissionais, incluindo o papel dos agentes comunitários de saúde, o território adscrito, a responsabilização e vínculo com a população, a participação social por meio do controle social (BRASIL, 2017).

Considerando as especificidades locais da Amazônia Legal e Pantanal Mato-grossense, a PNAB configurou modelos tecnoassistenciais apropriados em dois arranjos organizacionais para equipes de Saúde da Família. Em 2012, a PNAB orientou a criação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR); e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF). Ambas desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em comunidades pertencentes à área adscrita rural, cujo acesso se dá por rio, sendo que a primeira é fixa e a segunda equipe necessita de embarcações, ou seja, a unidade é móvel, para atender às comunidades dispersas no território (BRASIL, 2012).

Os Barcos da Saúde sempre existiram nos formatos de se fazer saúde nesse território para se alcançar as populações que vivem ao longo dos rios. Porém, somente em 2012, houve o reconhecimento da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) em uma política formal e que garante por meio de recursos financeiros aos gestores municipais, a oferta de saúde com qualidade.



Barco de saúde - Fonte: Ministério da Saúde

Esta estrutura móvel, que segue fluxo do rio, otimiza recursos (tempo, estrutura, pessoal). Aqui a equipe de saúde é formada por profissionais da medicina, da enfermagem, da odontologia, a tripulação do barco também. Os agentes comunitários de saúde pertencem às comunidades e a comunicação é feita por rádio. A tripulação fica embarcada por 20 dias e cada dia é um dia diferente no cuidado dessas populações (LIMA, SIMÕES, HEUFEMANN, ALVES, 2016).



Para saber mais sobre UBSF

<https://aps.saude.gov.br/ape/ubsf>

Destaca-se que, diferente das demais unidades de saúde na área urbana, o serviço de saúde ofertado é adscrito ao território, não o inverso. A UBSF atende as populações dispersos ao longo dos rios e lagos, confirmando que o serviço vai até as pessoas e não o contrário (KADRI, SCHWEICKARDT, LIMA, 2017). É permitido inferir que o modelo tecnoassistencial subverte a ordem do que é preconizado pela política, onde os serviços de saúde são ofertados levando em consideração os modos de vida dessas populações e a sazonalidade dos rios (KADRI, SCHWEICKARDT, FARIAS, LIMA, WILSON, LINN, 2017).

A literatura apresenta algumas categorias de análise dos modos de realização dos serviços assistenciais no ambiente amazônico que são de interesse para os gestores e os trabalhadores da saúde que fazem a saúde do local. Dentre esses, destacam-se: a) o “longe muito longe” e; b) o “território líquido”. O primeiro representa conceitualmente o cuidado com a vida em comunidades ribeirinhas, em que a equipe de saúde é apenas um ator dentre uma rede viva de pessoas da comunidade que apresentam um tipo de cuidado aproximado, personificado por meio do saber tradicional e popular. É o termo que analisa o cuidado de quem está próximo, mesmo longe dos hospitais e centros de saúde (HEUFEMANN, SCHWEICKARDT, LIMA, FARIAS, MORAES, 2016).



Território líquido - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens

O território líquido sim é uma categoria que percebe os modos de vida e o quanto que isso interfere nos modos de cuidado. É possível entender a peculiaridade da vida que se organiza na mobilidade e fluidez desse “território líquido”, ou seja, em um território que não é fixo, mas fluido, cujas características mudam sazonalmente de acordo com o regime de cheia e vazante, e que toma o rio como elemento de conexão que liga pessoas, serviços e instituições nesse espaço. Assim, a experiência das equipes de saúde ribeirinha revela *como a ação pública pode abandonar o discurso da ausência e do “é muito complexo” ao considerar o rio não como uma barreira, mas, de fato, como uma via pela qual o Estado Brasileiro se faz presente no cotidiano das pessoas* (KADRI, SANTOS, LIMA, SCHWEICKARDT, MARTINS, 2019). Termo cunhado para metaforizar o território geográfico e as relações a serem considerados na dinâmica do trabalho em saúde. Este território líquido não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico (LIMA et al., 2016).

No território Líquido, o tempo e espaço são diferenciados. O tempo de deslocamento depende o nível da água, potência do motor e tipo de transporte. Tempo não é medida do dinheiro, programado para atingir máximo de crescimento econômico, mas sim pelas condições do ambiente. Essas condições são importantes para o conhecimento do território e territorialidades inerentes aos profissionais de saúde.



Embarcação ribeirinha - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens



Embarcação - Fonte: Acervo Fiocruz Imagens

A PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NO ATO DE FAZER SAÚDE COM ESTA POPULAÇÃO.



Embarcação "hospital" - Fonte: Doutores das Águas

Para se desenvolver ações em saúde na população ribeirinha, é necessário conhecer as pessoas e seus conhecimentos tradicionais. É preciso conhecer as comunidades ribeirinhas, suas tradições, saber se existem parteiras no lugar, quem é ela e sua influência na comunidade, os chás, as ervas que usam e para que situação no cuidado com as mães e seus filhos, saber a descendência da comunidade, se há indígenas no local, sua descendência, qual a etnia, qual é o seu entendimento sobre o adoecimento e os ritos, os rituais, a sua visão de mundo. Isso tudo vai ajudar os médicos e os profissionais de saúde saber como podem ajudar de fato no cuidado de pacientes ribeirinhos.

Para finalizar elencamos um conjunto de estratégias de abordagem e ações inerentes ao papel do médico em área rural e ribeirinha, subdividido em níveis de governabilidade. A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram. O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, trabalho dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (FRANCO, 2006).

Nesta perspectiva, o médico deve superar o “trabalho morto” que se refere a todos os produtos-meio (ferramentas, matérias-primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e que são utilizados pelo homem para realizar um dado trabalho (MALTA, MERHY, 2003). Assim, o profissional atuará no âmbito clínico na relação com o paciente-ativo (aquele que é dono do corpo e que conduz a consulta), observando os atendimentos ambulatoriais e a gestão da clínica pelos programas de saúde ministeriais, como atividade inovadora e pedagógica no cotidiano do trabalho. Aqui elencamos algumas ações, tais como:

- Desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde, tais como, atendimento clínico supervisionado e dialogado com o paciente;
- Promover o vínculo com os usuários por meio das rodas de conversa (promover momento de interação com idosos, por exemplo);
- Realizar a clínica (saber científico) sem desmerecer e se encontrando com o saber tradicional do usuário que acredita no cuidado com o pajé, a parteira, os rezadores. Os cuidadores populares envolvem a família no diagnóstico e tratamento, a cura ocorrendo em cenários conhecidos da pessoa como seu lar ou local religioso (FEICHAS, SCHWEICKARDT, LIMA, 2019).

No âmbito familiar, o médico atuará como membro participante da equipe multidisciplinar e destituído de poder sobre os demais profissionais. Esse ato de alteridade e empatia, imprimirá abertura da conversa entre a equipe e melhoria das relações de trabalho que imprimirá o melhor cuidado. O trabalho vivo passa pela realização de reuniões de discussão de casos; ações de prevenção de doenças junto com a equipe em escolas e grupos sociais organizados; além das visitas domiciliares em que o médico entenderá os modos de adoecimento e os recursos de melhoramento da saúde da população. Na página a seguir, elencamos algumas destas ações.

- Conhecer o cotidiano dos serviços e o modo de fazer saúde em equipe junto aos demais profissionais (reuniões de equipe, encaminhando soluções da atenção à saúde);
- Visitas domiciliares é um primeiro passo a conhecer os modos de vida da comunidade;
- Apresentar as ações e construir confiança com o controle social na realização das ações em saúde.

No âmbito comunitário, o médico atuará nos projetos de promoção social e da saúde na perspectiva da intersetorialidade e da governança compartilhada junto com outros atores. E no âmbito do contexto comunitário, o médico atuará na produção de relações sociais de vínculo com a comunidade, por meio do reconhecimento dos rios, igarapés, da presença de comunidades indígenas e quilombolas, levantamento de lideranças comunitárias; a comida e o conhecimento tradicional associado.

- Entender os processos de gestão no trabalho e participar de tomadas de decisões para a melhoria da assistência à saúde do usuário;
- Necessário conhecer as lideranças comunitárias e suas necessidades sociais;
- Propor parcerias com grupos organizados da sociedade, se tiver (igrejas, comércio, associação de pescadores, pastorais e outros) para a realização de campanhas na área da saúde;
- Desenvolver trabalhos em parceria com as universidades no sentido de fazer pesquisa intervenção com a participação de usuários como membros da pesquisa;
- Fazer o uso da Telessaúde como ferramenta/recurso de comunicação, educação e assistência em saúde;
- Desenvolver projetos de promoção de saúde (escolas saudáveis; bairros e eventos culturais; Clube de Mães);
- Identificar as rádios da cidade como potencial de comunicação direta com a comunidade;
- Compreender o calendário cultural da comunidade e o modo de vida na localidade (festejos, procissões e seus sentidos e sentimentos).

- Conhecer as chamadas práticas tradicionais de cura que se apresentam de diferentes formas: “puxar”, massagem, chás, “garrafadas” e rezas que trazendo alívio e aconchego às pessoas que permite o cuidado longitudinal e maior vínculo com a criação de formas de cuidado mais sensíveis a diversidade existente na comunidade como práticas tradicionais (FEICHAS, SCHWEICKARDT, LIMA, 2019);
- Cine Ribeirinho e a Biblioteca Ribeirinha do Beiradão (BIRIBE) são ações agregadas da UBSF trazidas a partir dessa interação Universidade-Serviço. Os vídeos com mensagens de educação em saúde contextualizada ao cotidiano local (REIS, PORTUGAL, BARROS, ALBUQUERQUE, GAMA, 2019);
- Conhecer as comidas, frutas, bebidas típicas, pescar e tomar banho no rio podem ser um bom começo para se conhecer uma comunidade.

Assim, para desenvolver ações de saúde nesse território específico não basta o conhecimento técnico-científico de medicina exercida no trabalho assistencial. É necessário obter a compreensão da identidade das comunidades ribeirinhas na região Amazônica suas culturas, sua maneira de vida, suas territorialidades, seus conhecimentos e práticas vivenciadas dia-a-dia para, assim, promover a saúde da população.



Fonte: Unsplash

Nesse território líquido, é que encontramos na prática, o rol de competências que o médico de família precisa utilizar como ferramentas de trabalho-ensino-aprendizagem em área rural. A prática médica rural é definida como a atividade médica executada fora de áreas urbanas, que envolvem os modos de vida da população rural ribeirinha, para além dos procedimentos técnicos da obstetrícia, cirurgia de pequeno porte e medicina de emergência. O profissional de saúde rural deve ter um maior escopo de competências para gerenciar o leque mais amplo de problemas de saúde que os enfrentarão como parte do trabalho diário. O isolamento e números menores resultarão em equipes menores e recursos restritos, tornando um escopo mais amplo de prática e trabalho em equipe generalista e o atendimento interdisciplinar ainda mais importante (TARGA et al., 2014).

Competências médicas desejáveis para a prática rural devem ser definidas e adicionadas de forma adaptada às diferentes realidades locais e necessidades. A Estratégia Saúde da Família, preconizada pela PNAB, é a estratégia de fortalecimento e ordenação do SUS, inclusive nas áreas rurais e ribeirinhas. E a prática médica nessas áreas é orientada pelas reais necessidades das comunidades, priorizando o fortalecimento do acesso universal com equidade no SUS como prioridade (Vance et al., 2014). Além disso, o médico rural que atua em áreas de vazios de recursos humanos no cuidado a saúde deve atuar de forma holística e, sobretudo a produção do cuidado com os usuários do sistema deve se dar a partir da longitudinalidade e atenção integral, alvos constantes no cotidiano dos

serviços e das políticas de saúde (STARFIELD, 2002). Além disso, o médico socialmente responsável deve aplicar o princípio da competência cultural que é comumente definida como a combinação de conhecimentos, atitudes e habilidade necessárias para que o profissional de saúde seja hábil em interagir eficazmente com as populações cultural e etnicamente diversas (GOUVEIA, SILVA, PESSOA, 2019).

Não obstante, a formação de um médico de família em área rural e que atue no território líquido da Amazônia, acontece no momento do encontro médico-usuário do serviço e está para além das competências curriculares apreendidas na educação formal técnica médica. A atuação da medicina clássica é concernente da formação médica curricular e compreende o diagnóstico e rápido tratamento dos problemas de saúde mais frequentes em todas as fases do ciclo de vida, o preparo dos serviços de emergências e o desenvolvimento da experiência clínica baseados nas evidências científicas aplicados a cada caso médico. Segundo Herreira e Troya (2016), o médico rural deve ser portador de um conjunto de competências profissionais que se descobre no mundo do trabalho em ato, como resultado de um processo de atuação em diálogo com a participação de lideranças das comunidades, que podem ser descritas da seguinte forma: a) habilidades da vida e da autonomia; b) habilidades emocionais e de educação; c) competências culturais e políticas.

Habilidades de vida e desenvolvimento de autonomia:

- Ter a capacidade de transformar ideias em ações, usando a criatividade, a inovação e a assunção de riscos, bem como a capacidade de planejar e gerenciar projetos para atingir os objetivos;
- Aplicar rotineiramente um método para enfrentar uma situação, mas também ser capaz de se adaptar às mudanças, aprender com as experiências e pensar e agir criticamente;
- Aumentar o autoconhecimento, promover a metacognição sobre a própria aprendizagem, possibilitando a reflexão e a tomada de decisão com seus próprios critérios;
- Promover uma atitude crítica e empática;
- Desenvolver autoestima, equilíbrio pessoal e controle emocional diante aos desafios;
- Possibilitar uma atitude positiva em relação à mudança e ter espírito empreendedor.

Habilidades emocionais e de comunicação

- Comunicar com eficácia em situações de urgência e emergência, em geriatria, em contextos pediátricos, em tratamentos paliativos, em saúde mental, em ortopedia e traumatologia, na detecção e resolução de problemas sociais e de saúde pública;
- Comunicar ativamente, incorporando o ponto de vista do paciente e de sua família;
- Adaptar e negociar o tratamento com os pacientes, entendendo as condições pessoais do paciente e seu contexto;
- Estabelecer uma relação de confiança, próxima e contínua, agradável, empática, compreensiva e respeitosa, mostra interesse pela história clínica e de vida do paciente;
- Compreender o contexto rural de pequenas comunidades, superando de forma criativa o isolamento profissional, as limitações técnicas, profissionais e de sigilo;
- Tratar (ou talvez enfrentar) pessoas difíceis e situações tensas com diplomacia e tato;
- Reconhecer conflitos em potencial e incentivando menos tensão;
- Incentivar o debate e a discussão aberta;
- Encontrar uma maneira de chegar a soluções que satisfaçam plenamente todos os envolvidos;
- Articular e estimular o entusiasmo por objetivos e perspectivas compartilhadas;
- Reconhecer as limitações dos sistemas de saúde e buscar transformá-las.

Competências culturais e políticas:

- Defender os desfavorecidos e facilitar o empoderamento das pessoas nas decisões de saúde;
- Promover e defender o direito das pessoas a serem tratadas adequadamente, sem preconceitos étnicos, econômicos, de gênero, orientação sexual ou

outros;

- Considerar a diversidade como uma oportunidade para criar um ambiente no qual pessoas de origens muito diferentes possam se desenvolver.
- Enfrentar e combater o preconceito e a intolerância;
- Compreender os princípios da prática intercultural na prestação do serviço.
- Compreender e respeitar os diferentes grupos culturais locais;
- Participar na formação da consciência intercultural quando possível;
- Buscar apoio em casos de diversidade cultural e linguística, com pessoal fluente nas línguas ancestrais;
- Identificar os determinantes de saúde que afetam efetivamente os pacientes contribui para a melhoria da saúde dos pacientes e das comunidades, reconhecendo e respondendo às questões em que a defesa da saúde é adequada;
- Observar facilmente as relações de poder nos níveis familiar, local;
- Perceber claramente as redes sociais mais importantes;
- Compreender as forças que moldam as opiniões e ações dos consumidores, pacientes e outros e concorrentes;
- Interpretar adequadamente a realidade externa e a realidade interna do Sistema de Saúde Local;
- Liderar pelo exemplo e incentivar qualidades do grupo, como respeito, disponibilidade e cooperação, despertando a participação e o entusiasmo e consolidando a identidade do grupo, o espírito de equipe e o comprometimento.
- Encontrar soluções locais com recursos locais, negociando e contextualizando os problemas da comunidade que sempre envolvem outras necessidades econômicas, culturais e sociais;
- Promover a consciência social e a dinâmica gerada pelas estruturas sociais, desenvolvendo mensagens que promovam mudanças na forma como o indivíduo, a família e as comunidades olham para os determinantes da saúde, respeitando a visão representativa da doença e o fundamento espiritual que a sustenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
2. BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.
3. BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017.
5. BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009, p.19-42.
6. DIAS, M. S. A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, v. 23, n. 1, pp. 103-114.
7. FEICHAS, N. M. L. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S. Estratégia Saúde da Família e práticas populares de saúde: diálogos entre Redes Vivas em um território de Manaus. In: SCHEWEICKARDT, J.; KADRI, M.; LIMA, R.T.S. Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, p. 182-93.
8. FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Orgs). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p. 23-64.
9. FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Gestão em redes. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474.
10. FRAXE, T. J. P; PEREIRA, H. S.; WITKOSKI, A. C. Comunidades ribeirinhas amazônicas modos de vida e uso dos recursos naturais. *ADUA*. Manaus, 2007, 227p.
11. HEUFEMANN, N. E. C.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S.; FARIAS, L. N.; MORAES, T. L. M. A produção do cuidado no 'longe muito longe': a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: FEUERWERKER, L. C. M.; DÉBORA CRISTINA BERTUSSI, D. C.; EMERSON ELIAS MERHY, E. M. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p.102-13.
12. KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S. Território Líquido: A Unidade Básica de Saúde Fluvial "Igarapu". *Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde*. Dourados-MS, 2017.
13. KADRI, M.R.; SCHWEICKARDT, J. C.; FARIAS, L. N. G.; LIMA, R. T. S.; WILSON, D. R.; LINN, J. G. et al. The Igarapu fluvial mobile clinic: lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *Int J Nurs Midwifery*. 2017; 9(4):41-5.
14. KADRI, M. R.; SANTOS, B. S.; LIMA, R. T. S.; SCHWEICKARDT, J. C.; MARTINS, F. M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface*, v. 23, e180613, 2019.
15. LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A. L., HEUFEMANN, N. E.; ALVES, V. P. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: *Intensidade na Atenção Básica : prospecção de experiências informes e pesquisa-formação*. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. v. 2p. 271–293.
16. LIMA, R. T. S.; SIMÕES, A. L., HEUFEMANN, N. E.; ALVES, V. P. Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: *Intensidade na Atenção Básica : prospecção de experiências informes e pesquisa-formação*. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. v. 2p. 271–293.
17. LIRA, T. M; CHAVES, M. P. S. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interações*, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016.
18. MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *Reme - Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.
19. PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. *Saúde em Debate*. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 302-314.
20. REIS, M. H. S. R.; PORTUGAL, J. K. A. P.; BARROS, W. S.; ALBUQUERQUE, F. H. S.; GAMA, A. S. M. Ações de saúde em populações ribeirinhas no interior do estado do Amazonas: relato de experiência. In: SCHEWEICKARDT, J.; KADRI, M.; LIMA, R.T.S. Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, p. 170-81.

21. SCHWEICKARDT, J. C., LIMA, R. T. S., SIMÕES, A. L., FREITAS, C. M., & ALVES, V.P. Território na atenção Básica: abordagem da Amazônia Equidistante. In: Ceccim, R. B. et al. (orgs). In-Formes da Atenção Básica: Aprendizado dos da aprendizagem por círculos em redes. Porto Alegre-RS. 2016.
22. SCHEWEICKARDT, J; KADRI, M; LIMA, R.T.S. Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. In: SCHEWEICKARDT, J; KADRI, M; LIMA, R.T.S. Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019, p. 8-14.
23. SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface- Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.101-22, 2003.
24. FIOCRUZ IMAGENS. Trecho do Rio Negro. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=4444>>. Acesso em: 05 out. 2020.
25. FIOCRUZ IMAGENS. Ribeirinhos descem o rio na canoa. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=5007>>. Acesso em: 05 out. 2020.
26. FIOCRUZ IMAGENS. Pesca de piranhas. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=5010>>. Acesso em: 05 out. 2020.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/ubsf>>. Acesso em: 05 out. 2020.
28. FIOCRUZ IMAGENS. Rio Negro. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=4994>>. Acesso em: 05 out. 2020.
29. FIOCRUZ IMAGENS. Piaçabeiros no Rio Negro. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=4410>>. Acesso em: 05 out. 2020.
30. FIOCRUZ IMAGENS. Embarcação gaiola na comunidade do Jabote. Disponível em: <<https://www.fiocruzimagens.fiocruz.br/media.details.php?medialD=4441>>. Acesso em: 05 out. 2020.
31. DOUTORES DAS ÁGUAS. O projeot. Disponível em: < <https://www.doutoresdasaguas.org.br/o-projeot/>>. Acesso em: 05 out. 2020.
32. GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Revista Brasileira de Educação Médica. 2019. v.43, n.1, Suppl. 1, p. 82-90. Epub March 31, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>.
33. HERRERA, D.; TROYA, C. La formación del médico rural, el modelo de competencias y la teoría crítica. *Práctica Medicina Rural*. 2016. [citado 2021 Mar 31; 2. Disponible en: <http://saludrural.org/index.php/saludrural/article/view/151/214>]
34. STARFIELD, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde, Brasília; 2002. 726 p.
35. TARGA, L.; WYNN-JONES, J.; HOWE, A.; ANDERSON. M.; LOPES, J.; LERMEN-JUNIOR, N. et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014. v.9, n.32, p. 292-94. [cited 2021 Mar 31]. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)982)
36. VANCE, C.; BARRERA, A.; KIDD, M.; PENA, M.; ANDERSON, M. I. P.; LEÓN, E. Carta de Quito: Cobertura Universal, Medicina de Família e Comunidade e participação social. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014. v.9, n.31, p.183-185. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)928](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)928).