

Saúde mental sobre as águas: concepções de uma equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)

Mental health on the waters: conceptions of a team of a River Primary Health Care Unit (UBSF)

Cristina Elisa Nobre Schiavi

Doutoranda em Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: cris_schiavi@hotmail.com; ORCID: 0000-0001-6472-7178

Marluci Meinhart

Doutoranda em Processos e Manifestações Culturais; Universidade Feevale; Novo Hamburgo, RS, Brasil;
E-mail: malu.meinhart@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3245-5643

Letícia Fagundes de Souza

Especialista em Saúde Mental; Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil;
E-mail: fagundes.leticia28@gmail.com; ORCID: 0009-0002-6394-3957

Elisangela Ribeiro da Silva

Especialista em Atenção Básica; Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil;
E-mail: elisangela.elisaribeiro@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-8549-6900

Rafael Wolski de Oliveira

Doutor em Psicologia Social e Institucional; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil;
E-mail: rafaelwolski@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4234-1455

Contribuição dos autores:
CENS, MM, LFS e ERS contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. RWO atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 04/06/2024

Aprovado em: 09/07/2024

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada junto à equipe de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) que atua no estado do Pará, na Amazônia brasileira. O objetivo da pesquisa foi conhecer e analisar as questões de saúde mental identificadas na população ribeirinha a partir das concepções de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial e compreender como se dá o cuidado em saúde mental prestado por esses profissionais a essa população. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo com caráter exploratório-descritivo, com dados coletados através de entrevista semiestruturada e analisadas a partir da análise de conteúdo temática. Foram criadas as seguintes categorias: questões de saúde mental da população ribeirinha identificadas pela equipe da UBSF e atuação da equipe no cuidado em saúde mental da população ribeirinha. Foi identificado que as equipes oferecem escuta e acolhimento ao sofrimento psíquico da população e que é necessário investimento em Educação Permanente em Saúde com foco na saúde mental, para qualificar o cuidado e superar a predominância de um modelo pautado em condutas prescritivas, medicalizantes e tecnicistas que, por sua vez, corroboram o fortalecimento do modelo biomédico e da lógica manicomial, pautados na patologização e na medicalização da vida.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Território Sociocultural.

Abstract: This article presents the results of a survey carried out with the team of a Basic River Health Unit (UBSF) that operates in the state of Pará, in the Brazilian Amazon. The objective of the research was to understand and analyze the mental health issues identified in the riverside population based on the conceptions of workers at a Basic River Health Unit and to understand how mental health care is provided by these professionals to this population. This is qualitative research with an exploratory-descriptive nature, with data collected through semi-structured interviews and analyzed using thematic content analysis. The following categories were created: mental health issues of the riverside population identified by the UBSF team and the team's performance in mental health care for the riverside population. It was identified that the teams offer listening and reception to the population's psychological suffering and that investment in Permanent Health Education with a focus on mental health is necessary, to qualify care and overcome the

predominance of a model based on prescriptive, medicalizing and technicalist behaviors that, in turn, corroborate the strengthening of the biomedical model and asylum logic, based on the pathologization and medicalization of life.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Sociocultural Territory.

INTRODUÇÃO

A Amazônia Brasileira é ocupada por uma diversidade de povos e etnias historicamente constituídos, refletindo-se em um cenário heterogêneo e multifacetado¹. Quanto às populações ribeirinhas que compõem o mosaico amazônico, sabe-se que vivem em zonas rurais, às margens de rios e lagos, distribuindo-se em uma área geográfica com cerca de 5.020.000 quilômetros quadrados².

Os ribeirinhos possuem singularidades em seu modo de vida, especialmente no que diz respeito ao uso do território, ao manejo dos recursos naturais e locais, às fontes de renda, aos meios de transporte, aos hábitos alimentares, às formas de comunicação, aos vínculos comunitários, às lendas, às crenças e aos costumes¹. Além do mais, os ribeirinhos vivem em comunidades, compostas por agrupamento de pessoas, geralmente com laços familiares. Algumas comunidades ribeirinhas não possuem energia elétrica contínua (sendo frequente o uso de geradores), e também é limitado o acesso a telefone público, água potável, saneamento básico e transporte de uso comunitário. Para o acesso à zona urbana, muitos utilizam pequenas embarcações de madeira movidas a motor (rabetas) como principal meio de transporte².

No que tange os aspectos relacionados à saúde das populações ribeirinhas, cabe pontuar que, embora a Constituição Federal de 1988 garanta o direito à saúde a todos os brasileiros, o acesso à saúde vem sendo um desafio para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Não é fácil ou simples estruturar um sistema público de saúde que ofereça cobertura universal e equitativa em um território-contidente tão plural como o Brasil, que demanda o planejamento de ações e políticas públicas que atentem às diferenças e às especificidades de cada território e população que o compõem⁴. Portanto, algumas estratégias têm sido implementadas para

proporcionar avanços no acesso à saúde das populações ribeirinhas, que vêm sendo historicamente excluídas e marginalizadas^{4,5}.

Nessa direção, a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), constitui-se como um marco histórico importante, pois expressa o compromisso em assegurar o direito e o acesso à saúde dessas populações pelo SUS. Trata-se da defesa e da responsabilidade com a promoção da equidade em saúde, considerando a diversidade desses grupos populacionais e respeitando o conjunto de suas crenças e valores na constituição das intervenções de cuidado⁶.

Seguindo nessa direção, outra estratégia que possibilitou avanços na garantia do acesso à saúde pelas populações ribeirinhas foi a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que contempla uma série de arranjos e inovações nas modelagens das equipes e dos serviços de saúde. De acordo com a PNAB, os municípios da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense podem contar com as Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF)⁷.

As UBSF, embarcações que comportam as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), são providas com a ambiência, o mobiliário e os equipamentos necessários para viabilizar a atenção em saúde às populações ribeirinhas⁷. As embarcações vêm sendo utilizadas há décadas para oportunizar ações de saúde nas regiões mais longínquas e de difícil acesso do país. Entretanto, essas experiências prévias são caracterizadas por um modelo campanhista de assistência à saúde, com caráter individual e curativo. Na contramão dessa lógica, a atenção em saúde desenvolvida pelas UBSF constitui um novo modelo de cuidado, a partir de ações preventivas e longitudinais, centradas no usuário, na família e na comunidade⁴.

No que diz respeito ao campo da saúde mental, cabe pontuar que a incorporação de serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se torna estratégica devido à proximidade dos profissionais com o usuário, possibilitando o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação no próprio território⁸. Desse

modo, as UBSF apresentam papel fundamental na atenção às pessoas com sofrimento psíquico, por meio da efetivação de ações de prevenção e promoção à saúde mental que favoreçam a cidadania, a autonomia e a reinserção social, considerando as dimensões biopsicossociais dos usuários assistidos e compreendendo-os em seu contexto e dinâmica de vida^{9,10}.

Isto posto, ressalta-se que as ações de cuidado em saúde mental na APS devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, pressupondo a desinstitucionalização. Desse modo, garante-se que o usuário preserve o vínculo com seu território e permite que o cuidado seja realizado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, com os meios menos invasivos possíveis^{8,9}.

Frente a tais apontamentos, esta pesquisa tem como objetivos: a) conhecer e analisar as questões de saúde mental identificadas na população ribeirinha de município da Amazônia Brasileira a partir das concepções de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial; b) compreender como se dá o cuidado em saúde mental prestado por esses profissionais a essa população.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo com caráter exploratório-descritivo. O delineamento qualitativo foi escolhido por ser aquele que permite explorar as histórias sob a perspectiva dos atores, possibilitando a compreensão de fenômenos, processos e representações sociais ainda pouco exploradas, viabilizando a construção de novos significados, abordagens e conceitos¹¹.

O caráter exploratório da pesquisa se refere à condição de investigar e desvendar a natureza dos fenômenos, além dos diversos fatores que podem estar relacionados a eles. Já o caráter descritivo, por sua vez, tem como finalidade o esboço, a classificação e a descrição das características, dimensões, variações e a importância dos fenômenos, de modo a desenvolver conceitos e ideias¹².

Cenário do estudo

Esta pesquisa teve como cenário uma Unidade Básica de Saúde Fluvial localizada em Abaetetuba, cidade do Estado do Pará que possui cerca de 158 mil habitantes, sendo 50,12% homens e 49,88 % mulheres¹³. Aproximadamente 40 mil pessoas habitam a Região das Ilhas. Toda a população das 72 ilhas que compõem a região depende dos fluxos da maré e de embarcações para ter acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, e outros¹⁴. Além da UBSF, a rede de saúde do município ainda conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 2 centros de saúde, 26 postos de saúde e 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS)¹⁵.

A UBSF de Abaetetuba foi inaugurada em janeiro de 2018 e tem beneficiado as populações ribeirinhas de 12 comunidades que vivem na Região das Ilhas. A unidade realiza um itinerário de atendimento direto à população ribeirinha em território delimitado por cerca de 20 dias ininterruptos, deslocando-se em um percurso fluvial até as comunidades. Entre os ciclos de viagens, a embarcação permanece ancorada em solo, na sede do município, para que a equipe realize ações de planejamento e de educação permanente, assim como atividades administrativas¹⁴.

Quanto à sua estrutura física, a UBSF em questão possui quatro andares, mas o atendimento da população ribeirinha é realizado apenas no térreo, que conta com uma recepção, uma sala de espera, uma sala de acolhimento, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, um consultório médico, uma sala de vacinas, uma sala de procedimentos, uma farmácia e um expurgo. Os demais andares são de uso exclusivo dos trabalhadores. No segundo andar, estão situados os dormitórios, os banheiros masculino e feminino, o refeitório, uma sala administrativa e a cabine de comando. No terceiro andar, estão localizadas as caixas d'água; e ainda há um subsolo, no qual está instalada a cabine de máquinas.

Participantes do estudo

Os participantes desta pesquisa foram 15 trabalhadores da UBSF do município de Abaetetuba, pertencentes a diferentes categorias profissionais. Sete profissionais eram da equipe técnica (quatro técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um médico e uma agente comunitária de saúde), quatro da equipe náutica (um marinheiro, um ajudante de convés, um arrais e um

comandante) e quatro da equipe de apoio (dois seguranças, uma cozinheira e uma agente administrativa).

Ressalta-se que todos os trabalhadores convidados para participar da pesquisa aceitaram o convite. Desse modo, foram excluídos apenas os profissionais que se encontravam em licença saúde, férias, folga ou falta ao serviço durante o período de coleta das informações.

Coleta de informações

As informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas e da observação participante. A entrevista semiestruturada é um tipo de entrevista em profundidade que envolve um roteiro contendo poucas perguntas, porém suficientemente amplas para serem discutidas em profundidade, direcionando o interesse da pesquisa¹⁶. As entrevistas foram compostas por cinco questões orientadoras com a finalidade de compreender os entendimentos dos trabalhadores da UBSF acerca das demandas e dos cuidados de saúde mental voltados à população ribeirinha.

As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2020, no primeiro ciclo de viagem da equipe naquele ano, em um local reservado da UBSF, de modo a garantir a privacidade dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e de forma literal, assegurando-se a veracidade das informações fornecidas. Ao longo deste artigo, os nomes dos entrevistados serão substituídos por nomes de comunidades da Região das Ilhas percorridas pela UBSF e escolhidos pelos próprios participantes, a fim de preservar o anonimato dos mesmos.

Além das entrevistas com os profissionais, avaliou-se que a observação da prática também seria um elemento fundamental para o entendimento do fenômeno a ser pesquisado, haja vista que a observação participante proporciona, a partir da análise do cotidiano, a compreensão de como as instituições atuam, bem como os papéis e as interações interpessoais que nela se apresentam¹⁶. Portanto, buscou-se retomar os registros realizados em diário de campo durante o período de imersão no cenário da UBSF como fontes de informação para esta pesquisa.

Análise das informações

As informações foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo do tipo Temática. Esse método corresponde a um conjunto de técnicas de pesquisa que permite a compreensão de um determinado fenômeno mediante a leitura, a organização e a discussão das informações obtidas¹¹. Nessa lógica, partindo-se do exame das falas dos participantes, buscou-se uma compreensão contida no material, associando-se as afirmações com aquilo que estabelece suas características (fatores culturais, econômicos, sociais, históricos, políticos, entre outros).

Operacionalmente, Minayo propõe que a análise temática se desdobre em três etapas: a) pré-análise, que envolve a investigação do material de campo a partir da leitura flutuante, permitindo a identificação das estruturas de relevância e a composição de pressupostos e objetivos que vão orientar a análise; b) exploração do material, que envolve a leitura transversal do material e consiste, essencialmente, no processo de categorização dos achados; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, por fim, envolve a interpretação e a discussão dos achados da pesquisa, com a busca de embasamentos na literatura para sua análise e compreensão¹¹.

As informações foram organizadas por semelhanças e diferenciações, resultando nas seguintes categorias temáticas: a) questões de saúde mental da população ribeirinha identificadas pela equipe da UBSF; b) atuação da equipe no cuidado em saúde mental da população ribeirinha.

Procedimentos éticos

Para a realização deste estudo, foram observados os aspectos bioéticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹⁷. Primeiramente, foram encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde de Abaetetuba/PA o projeto de pesquisa e a carta de anuência para avaliação e autorização do desenvolvimento da pesquisa no município pelas autoridades responsáveis. Após a ciência e o aceite da instituição, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e aprovado sob CAAE nº 35227620.4.0000.5344.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado aos participantes e foi realizada a devida leitura do documento, com respeito às normas de proteção dos participantes, esclarecimentos sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa e informações sobre a participação voluntária e não remunerada, bem como sobre a opção de desistência da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo; o sigilo dos dados pessoais; o armazenamento do material coletado, além do direito à devolução dos resultados ao final. Somente após os devidos esclarecimentos, os participantes assinaram o documento em duas vias, de igual teor, tendo uma delas ficado com o entrevistado e outra com os pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das falas dos participantes da pesquisa, foi possível constituir duas categorias temáticas distintas, apresentadas a seguir, as quais permitiram a compreensão tanto das questões de saúde mental da população ribeirinha identificadas pelos trabalhadores de uma UBSF quanto de como se dá o cuidado em saúde mental prestado por esses profissionais a essa população.

Questões de saúde mental da população ribeirinha identificadas pela equipe da UBSF

Desvela-se que, no início das entrevistas, ao serem questionados sobre as questões de saúde mental identificadas na população ribeirinha, os profissionais trazem aspectos relacionados a sintomas e diagnósticos psiquiátricos. De modo geral, a equipe refere que os principais problemas de saúde mental apresentados são: depressão, ansiedade, delírio e síndromes adaptativas. Logo, quando os profissionais entrevistados pensam em saúde mental, imediatamente associam-na a determinadas sintomatologias e diagnósticos.

Maracapucu: Aqui o mais frequente assim de saúde mental é ansiedade, síndrome de ansiedade generalizada. É uma doença bem frequente. Acho que é a doença mais frequente do ponto de vista psiquiátrico. [...] Aqui tem muito [...] por conta do ritmo de vida. [...] Ansiedade, depressão, alguma síndrome adaptativa, que é aquela que se dá pela perda de um familiar.

Campompema: Demandas que eu observo muito é a questão da depressão, ansiedade... Muito mesmo. Até mesmo o próprio delírio.

Corroborando esses achados, pesquisa realizada com a população ribeirinha em um município do estado do Amazonas aponta que, desde a criação do CAPS da região, em 2005, foram atendidas mais de 30 mil pessoas com os mais diversos sofrimentos e transtornos mentais. Entre as patologias prevalentes estão ansiedade, depressão, bipolaridade, esquizofrenia e uso abusivo de álcool e outras drogas. Constatou-se que, a partir dos atendimentos realizados pela equipe do serviço, as pessoas são reduzidas a portadoras de patologias, o que ofusca suas condições singulares e subjetivas na produção do cuidado em saúde mental¹⁸.

A partir das falas dos entrevistados, é possível evidenciar que as crenças e os valores da população ribeirinha direcionam suas escolhas de cuidado em saúde. No que diz respeito ao campo da saúde mental, revelam-se percepções que reproduzem estigmas e preconceitos direcionados às pessoas em sofrimento psíquico, qualificadas como “loucas” ou “doidas”. Desse modo, para essa população, os problemas de saúde mental não são vistos como questões do âmbito da saúde, que demandam cuidado, tratamento e acompanhamento tanto quanto os problemas clínicos, como diabetes e hipertensão, por exemplo. Portanto, esse cenário faz com que a maioria das pessoas que vivem em comunidades ribeirinhas nunca tenha passado por uma avaliação de saúde mental, o que repercute no afastamento da população ribeirinha à rede de cuidado em saúde mental.

Maracapucu: A população ribeirinha é muito diferente da população da cidade. A população da cidade te procura com qualquer coisa. A população ribeirinha te procura quando ela está doente mesmo, senão, ela não procura. [...] Tem muito caso aqui de paciente que nunca foi avaliado por nenhum médico, nenhum psiquiatra. [...] O pessoal pensa que a pessoa ficou doidinha, ficou louca [...]. Não é isso. É que simplesmente ela precisa de encaminhamento, de um acompanhamento psiquiátrico. Então aqui tu fala “Tem que procurar o psiquiatra” e eles falam “Não, médico, eu não estou doido”, e aí eu tenho que explicar “Não. Isso não significa que você é louco. Significa que tu tem uma doença que é tratada com psiquiatra”. [...] É um pouco difícil para eles entenderem. [...] Então tu diz uma coisa para ele e ele fala “Tá bom, médico, obrigado”. E aí não faz nada. Pelo contrário. [...] É muito desconhecimento que tem nessa população. E também tem muito tabu, muito mito. [...] A credence é muito frequente.

É sabido que os ribeirinhos possuem crenças e heranças culturais herdadas de seus antepassados e que influenciam diretamente no modo como cuidam

da sua própria saúde²⁻¹⁹. Logo, faz-se necessária a compreensão sobre como os profissionais se posicionam e atuam ante as percepções dos processos de saúde-doença-cuidado da população atendida²⁰.

Nesse contexto, é necessário explicitar que os profissionais de saúde têm identificado os transtornos mentais por meio de sinais e sintomas, indicando conhecimento sobre o tema. No entanto, verifica-se que esse conhecimento está pautado na psiquiatria tradicional, que ainda prevalece na formação em saúde, revelando uma série de estigmas em torno da doença mental²¹.

Estudos desenvolvidos no âmbito da atenção primária em saúde mostram que o modelo biomédico e manicomial permanece latente no cotidiano dos serviços de saúde^{8,21,22}. Apesar das transformações advindas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial, a patologização e a medicalização na saúde mental ainda são práticas construídas socialmente, a partir dos significados e dos sentidos a elas atribuídos tanto pelos usuários quanto pelos próprios profissionais da saúde. Tal direcionamento ocorre, especialmente, em função da dificuldade no manejo dos casos de saúde mental e da limitação na formação acadêmica e na qualificação profissional para lidar com as questões de saúde mental dos indivíduos e comunidades²².

Dito isto, enfatiza-se que as práticas de saúde mental devem promover uma ruptura com esse modelo biomédico e manicomial e atribuir “um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental”^{22:65}. Aponta-se a urgência de superação da patologização e da medicalização das questões de saúde mental, bem como a necessidade de se avançar nos princípios da Reforma Psiquiátrica²¹, especialmente quando se refere ao cuidado às populações ribeirinhas.

Diante das falas dos profissionais entrevistados, é possível perceber que, usualmente, os ribeirinhos não buscam a unidade de saúde para uma consulta clínica, mas sim para uma conversa, pois almejam um espaço no qual se sintam seguros e confortáveis para verbalizar e expressar suas necessidades e sentimentos. Assim, entende-se que o acolhimento, a escuta e o vínculo são considerados dispositivos importantes no cuidado em saúde mental para a população ribeirinha.

Tauerá Açu: A enfermeira me colocou nessa sala da triagem por conta de eu ser muito comunicativa com as pessoas. [...] E muitas vezes a gente detecta que o paciente não vem atrás de uma consulta, mas sim de uma conversa. Ele se sente só e começa a desabafar.



Desvela-se que o cuidado, especialmente no âmbito da “saúde mental, pressupõe o olhar, a escuta e o acolhimento das demandas dos usuários, as quais nem sempre possuem uma localização específica em um determinado ponto do corpo”^{21:72}. Desse modo, entende-se que os usuários, ao procurarem por “atendimento, estão buscando atenção, respeito e cuidado para seus anseios e sofrimentos”^{19:4333}. No entanto, esse foco acaba por ser desviado, quando o profissional se centra na doença, e não nas reais necessidades dos usuários^{20,22}.

Portanto, compreende-se que para uma assistência eficaz e resolutive, os profissionais precisam estar pautados em um cuidado que considere a singularidade e a subjetividade de cada usuário, bem como o contexto no qual ele está inserido, além de toda a complexidade que envolve o processo de saúde-doença^{8,20}.

Nesse sentido, as tecnologias leves como a escuta, a empatia, o acolhimento e o vínculo, precisam estar inseridas nas relações entre profissionais e usuários para que se possa fortalecer e potencializar as ações em saúde⁸⁻¹⁹⁻²². Autores acrescentam que as tecnologias leves são importantes dispositivos para o cuidado em saúde mental na APS, uma vez que valorizam a comunidade e o território, permitem o fortalecimento de laços, evitam encaminhamentos desnecessários e viabilizam a corresponsabilização no processo de cuidado^{10,22}.

De acordo com os relatos dos entrevistados, a população ribeirinha se destaca pela riqueza dos saberes populares, passados de geração em geração, especialmente envolvendo o preparo e o uso terapêutico das plantas. Tais conhecimentos têm base na tradição familiar e são extremamente valorizados enquanto estratégia de cuidado em saúde. Desse modo, percebe-se a influência dos mais velhos na transmissão dos conhecimentos e das práticas entre a população ribeirinha. Ademais, cabe pontuar que os profissionais entrevistados identificam certa resistência dessa população com determinadas medicações alopáticas, devido aos

ensinamentos adquiridos, de modo que acabam optando por lançar mão de receitas de preparo caseiro, bem como dos curandeiros populares.

Campompema: A população ribeirinha, pelo que a gente percebe, é muito rica em conhecimentos populares das ervas, das plantas medicinais... Um vai ensinando pro outro. [...] Eles têm tudo em planta. [...] Ao invés deles pegar anador em comprimido, eles pegam em planta.

Costa Maratauíra: Eles até tomam as medicações que o médico prescreve, mas só que eles têm muita resistência à dipirona, por exemplo, porque os antigos falam que dipirona mata muita gente. Aí eles não tomam, é muito difícil. [...] Eles se cuidam mais com ervas medicinais. Remédio caseiro. [...] Vão deixando de avô pra filho e vai passando pros netos e acabam se cuidando mais dessa forma mesmo.

Maracapucu: Aqui tem muito pessoal curandeiro, que faz cura na base das ervas medicinais.

Diante de a uma série de obstáculos que precisam ser enfrentados para o acesso aos serviços na cidade – como a longa distância, a extensa duração da viagem e os elevados custos com o deslocamento –, as populações ribeirinhas acabam recorrendo aos recursos disponíveis nas próprias comunidades para solucionar seus problemas de saúde^{24,25}. No entanto, pesquisas divergem em relação ao uso de medicações alopáticas e de plantas medicinais entre as populações ribeirinhas como estratégias de cuidado e de gerenciamento da própria saúde em um contexto no qual há inúmeras limitações^{3,19,24}.

Estudo aponta que a maioria (70,3%) dos ribeirinhos fez uso de medicamentos alopáticos nos últimos trinta dias antes da coleta de dados, principalmente, devido a queixas algicas². Observou-se o consumo elevado das medicações alopáticas na população estudada, especialmente por meio da automedicação, prática que está fortemente associada a fatores como: sexo masculino; maior tempo de deslocamento entre a comunidade e a zona urbana; não ter procurado o serviço de saúde^{2,24}.

Em contrapartida, outro estudo traz que 71% dos ribeirinhos fazem uso de plantas medicinais para alívio, tratamento ou cura dos problemas de saúde, o que caracteriza a prevalência desse recurso²⁴. Devido à baixa escolaridade, à baixa renda, e por estarem localizadas em regiões de difícil acesso e com cobertura insuficiente dos serviços de saúde^{24,25}, as populações ribeirinhas,

frequentemente, buscam o auxílio de pessoas mais experientes na comunidade, como curandeiros, rezadeiras e benzedoras^{3,19}.

Destarte, uma das trabalhadoras entrevistadas chama atenção para o fato de que, muitas vezes, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as estratégias caseiras e populares se apresentam como as únicas possibilidades de cuidado disponíveis para as pessoas que vivem nas comunidades ribeirinhas, conforme o relato a seguir:

Tucumandubazinho: Os mais antigos daqui usam muita medicação caseira. Eles pegam folha de tal coisa e fazem chá. [...] Tem medicamento de tudo. [...] Se fosse fazer comparação em relação ao povo da cidade, eles vivem bem mais que nós da cidade, devido a isso. Porque se a gente tá com uma dor, toma um antibiótico, um remédio de farmácia. Eles não. Eles vão mais pro lado medicinal caseiro mesmo, ainda mais quando eles não têm outra opção. [...] Porque tem uns que não conseguem se locomover pra cidade, devido a não ter muitas condições financeiras.

Autores pontuam que esse modo de consumir os recursos naturais da comunidade é corroborado pelo fácil acesso às plantas e pela possibilidade de preparo caseiro com baixo custo²⁻²⁴. Por conseguinte, o uso de plantas medicinais se configura como alternativa mais acessível quando comparada aos recursos tecnológicos e medicamentos alopáticos^{24,25}. Apesar dos entrevistados destacarem o uso de plantas medicinais e saberes populares em saúde por parte da população ribeirinha, não há menção nas entrevistas sobre a utilização destes saberes e práticas para questões de saúde mental, especificamente. No entanto, há referências sobre a importância destas práticas naquele território e o reconhecimento das mesmas.

Frente a esses apontamentos, torna-se fundamental que os profissionais de saúde que atuam com as populações ribeirinhas pautem suas intervenções no diálogo entre os dois universos, o saber popular e o conhecimento científico, reconhecendo e valorizando diferentes contextos, culturas e realidades, bem como diferentes formas de cura e cuidado, resgatando e construindo ações de saúde junto com a comunidade assistida. Nessa perspectiva, é possível constituir uma ética de cuidado pautada na escuta, na acolhida e na legitimação dos diferentes conhecimentos²⁰.

Atuação da equipe no cuidado em saúde mental da população ribeirinha

Mediante as falas dos entrevistados nesta pesquisa, foi possível evidenciar que ao se depararem com situações que identificam como problemas de saúde mental, os profissionais da equipe proporcionam escuta e acolhimento. Além do mais, sinalizam que, quando o usuário já faz acompanhamento em um serviço especializado em saúde mental e precisa apenas de renovação de receitas, é possível ofertar tratamento medicamentoso na própria UBSF. Porém, em função de não se sentirem profissionais qualificados para o atendimento das demandas de saúde mental, após fazerem esse acolhimento inicial, encaminham os casos para os serviços especializados da rede.

Cabe pontuar que existem duas unidades de saúde localizadas na zona urbana do município que funcionam como “equipes de apoio” e prestam esse auxílio para a UBSF nas situações que envolvem saúde mental. Já os casos graves são encaminhados para acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade.

Campompema: Quando a gente encontra esses casos, acolhe, escuta [...]. O médico, tem vezes que prescreve alguns medicamentos, e depois é encaminhado pro centro em Abaeté, que tem o médico psiquiatra, tem o CAPS. Lá eles vão fazer o tratamento correto.

Tauerá Açu: Você vê que eu gosto muito de conversar e levar muito papo. [...] Aí eu sempre converso com eles. Aí sai daqui, vem, às vezes pega na minha mão, aí agradece. [...] Só que na nossa unidade a gente não tem implantado a saúde mental ainda. [...] Aí a gente recebe o apoio de dois postos da cidade, porque lá tem saúde mental. Aí a gente encaminha ou pra lá ou pro CAPS. [...] Os casos mais graves têm acesso ao CAPS. [...] Só trata aqui se a pessoa já faz um tratamento, já toma remédio, aí o médico prescreve a medicação que ele já tá acostumado a usar. Mas algumas né, não são todas as medicações.

Silva Filho e Bezerra apontam que, de modo geral, os profissionais da atenção primária têm dificuldade em atender às queixas relacionadas à saúde mental. Na pesquisa realizada pelos autores, foi possível identificar que, ao se depararem com o sofrimento psíquico, os profissionais não conseguiam escutar e acolher os aspectos subjetivos, tornando visível a ênfase nos aspectos biológicos apresentados pelos usuários e a angústia dos profissionais em lidar com a saúde mental. Além do despreparo e da insegurança, a falta de tempo para uma escuta qualificada também é trazida

como obstáculo para o cuidado em saúde mental na atenção primária em saúde¹⁰.

Percebe-se que esse contexto acarreta um grande número de encaminhamentos aos serviços especializados em saúde mental¹⁰. Outros estudos corroboram ao evidenciarem que os profissionais da atenção primária, devido à falta de conhecimento na área de saúde mental e consequente dificuldade de prestar uma assistência qualificada, tendem a realizar os seguintes encaminhamentos: consultas com o médico clínico para o atendimento de queixas físicas, consultas para aquisição de receitas dos medicamentos psicotrópicos e consultas especializadas nos CAPS ou ambulatórios de saúde mental^{9,21}.

Desse modo, são reproduzidas condutas prescritivas, medicalizantes e tecnicistas, na perspectiva de oferecer uma solução imediata aos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Assim, vem sendo construído um panorama centrado em especialidades que contribui para a fragmentação e a compartimentalização das necessidades de saúde, pouco eficiente quanto à integralidade do cuidado. Tal panorama colabora para que sejam concretizadas ações individuais, focadas na medicalização e no consumo de tecnologias duras, o que acaba fortalecendo o modelo biomédico e a lógica manicomial^{9,10,21}.

Uma participante da pesquisa aponta para a complexidade do cuidado à população ribeirinha quando envolve questões de saúde mental, especialmente em função da demora no encaminhamento aos serviços especializados e devido à distância da região das ilhas para a cidade, o que dificulta o acesso aos espaços de saúde. De modo geral, a população ribeirinha não consegue fazer o deslocamento até a cidade para dar continuidade ao tratamento, então acaba dependendo da ida da UBSF às ilhas. Esse contexto acarreta a oferta de um cuidado em saúde mental fragilizado, voltado quase exclusivamente para o tratamento medicamentoso, já que muitas vezes é o que a equipe da UBSF consegue ofertar.

Ajuai: É tratado pouco, porque é longe. [...] Muitos não podem receber atendimento na cidade. O fluxo é muito devagar. Então eles acabam não tendo um tratamento específico voltado pra saúde mental na localidade. É só dado remédio, e não tem aquele acompanhamento que

deveria. [...] É um controle básico. Não é um tratamento intensivo como deveria ser. [...] Não tem o acompanhamento do psiquiatra, do psicólogo... Eles têm que ser tratados pela rede, com todos os profissionais, pra que tenham um bom desenvolvimento de saúde. [...] A assistência social também tinha que acompanhar esses pacientes.

Entre as principais barreiras e obstáculos para o acesso aos serviços de saúde pelas populações ribeirinhas, destacam-se: questões geográficas, como as grandes distâncias das comunidades ribeirinhas à zona urbana^{2,3,24,26}, além da dificuldade de deslocamento^{24,26}, duração da viagem^{3,24}, custo com o deslocamento³, influência das águas² e, também, aspectos socioeconômicos, como a baixa escolaridade^{3,24,25} e a baixa renda entre as famílias^{2,3,24,25}.

Observa-se que o acesso à zona urbana é limitado tanto por condições financeiras quanto pela distância, que pode superar 500 km; o deslocamento por via fluvial pode durar vários dias, principalmente quando envolve o acesso a regiões mais remotas^{2,27}. Estudo aponta que um a cada quatro ribeirinhos não obteve êxito em agendar consultas quando buscou os serviços de saúde na zona urbana do município, principalmente em função da demora no atendimento, da escassez de fichas/vagas para agendamento e da falta de profissionais³.

Isto posto, é possível identificar que as intervenções dos profissionais se baseiam e se restringem à consulta médica e à prescrição de medicamentos, limitando o cuidado ao diagnóstico médico e, assim, reduzindo as alternativas terapêuticas à medicalização. Desse modo, prevalece uma resolubilidade biologicista, prescritiva, burocratizada e centrada na figura médica²².

O modelo biomédico de assistência à saúde, caracterizado pelo foco na doença e na cura, com seus recursos medicalizantes, constitui-se como medida paliativa frente aos problemas de saúde mental, pois estes envolvem questões culturais, socioeconômicas e subjetivas que não cessam com uma abordagem medicamentosa. Portanto, lançar mão de novas formas de cuidar em saúde, que não se restrinjam à administração de medicamentos, é um desafio consubstancial que somente poderá ser superado pela construção e pela efetivação de intervenções que valorizem os determinantes biopsicossociais e a ética e que priorizem a intersubjetividade^{20,22}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que a criação das UBSF ampliou o acesso e a vinculação de uma população que, historicamente, ficou apartada de um cuidado integral em saúde. A partir desta pesquisa, foram identificadas uma série de fatores que impactam a saúde mental da população ribeirinha de um município da região da Amazônia Brasileira.

Dentre estes fatores, os quais influenciam e direcionam os modos de cuidado em saúde mental das populações ribeirinhas, encontram-se: as crenças e valores dos ribeirinhos, que são passados de geração em geração; os saberes tradicionais e populares; as dificuldades no acesso aos serviços; o modelo biomédico de assistência à saúde; as condutas prescritivas e tecnicistas dos profissionais; a ênfase na patologização e medicalização da vida.

Desvela-se que a população ribeirinha, apesar dos significativos avanços proporcionados pelo acesso fluvial, ainda carece de acesso à saúde, especialmente no que diz respeito à saúde mental, perpetuando-se as injustiças sociais e as iniquidades em saúde. Portanto, é importante destacar a relevância da construção e a efetivação de políticas públicas que garantam direitos básicos de vida às populações ribeirinhas, os quais afetam diretamente a saúde, sobretudo a saúde mental, tais como educação, informação, trabalho formal, transporte acessível, segurança alimentar, energia elétrica, saneamento básico, água potável e outros.

Retrata-se a necessidade de ações e intervenções específicas que considerem o contexto local dessa população e seu modo de vida singular. Reforça-se a importância de se reconhecer e valorizar as diferentes culturas e realidades, para que se possa traçar um cuidado em saúde que considere a singularidade e a subjetividade de cada usuário, bem como o contexto no qual ele está inserido. No que diz respeito à população ribeirinha, faz-se necessário atentar para seus saberes, crenças, vivências e produzir um cuidado que não aplaque saberes ancestrais, mas que atue em conjunto. Nessa direção, destaca-se o acolhimento, a escuta e o vínculo enquanto tecnologias leves essenciais para o cuidado em saúde mental da população ribeirinha.

A partir desta pesquisa, foi possível evidenciar que, devido à falta de Educação Permanente em Saúde e à dificuldade no manejo dos casos de saúde mental, os profissionais oferecem escuta e acolhimento do sofrimento, no entanto, acabam reproduzindo condutas prescritivas, medicalizantes e tecnicistas que, por sua vez, corroboram o fortalecimento do modelo biomédico e da lógica manicomial, pautados na patologização e na medicalização da vida.

Nesse sentido, reforça-se a importância de um cuidado em saúde mental pautado no respeito aos direitos humanos, no combate a estigmas e preconceitos relacionados à loucura, garantindo autonomia e liberdade à população ribeirinha. Para tanto, entendemos que se faz necessária a construção de uma rede de atenção interdisciplinar e intersetorial que articule os diversos pontos de cuidado e que opere na lógica da territorialização e da responsabilização.

Isto posto, reforça-se a necessidade de Educação Permanente em Saúde com a temática da saúde mental para os profissionais que atuam nas equipes de UBSF, no sentido de sensibilizá-los para um cuidado alinhado aos princípios do SUS e nas perspectivas da Reforma Psiquiátrica. Além disso, compreendemos a importância de estratégias de fortalecimento da APS, com a ampliação da rede de serviços, na perspectiva de organização de um Sistema Único de Saúde que garanta a universalidade, a equidade e a integralidade no cuidado em saúde às populações ribeirinhas.

Espera-se, com esta pesquisa, propiciar maior visibilidade ao trabalho das UBSF, reafirmando a sua importância para as populações ribeirinhas e a sua potência para a garantia da saúde universal e gratuita, legitimando, assim, a UBSF como uma estratégia diferenciada de cuidado, inclusive no que se refere às questões de saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Lira TM, Chaves MP. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interacoes*. 2016;17(1):66-76.
2. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RSC, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2018 [acesso em mar. 2022];34(2):e00002817. doi:10.1590/0102-311X00002817.

3. Guimarães AF, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan Amaz Saude [Internet]*. 2020 [acesso em mar. 2022];11:e202000178. doi:10.5123/S2176-6223202000178.
4. El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Scheickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface [Internet]*. 2019 [acesso em mar. 2022];23:e180613. doi:10.1590/Interface.180613.
5. Torres LO, Barbosa LGR, Faria ACR, Torres ACS, Lima GM. Análise situacional da atenção primária de saúde ribeirinha da cidade Manaus/AM – um relato de experiência. *Res Soc Developm [Internet]*. 2023 [acesso em mar. 2022];12(5):e9412541545. doi:10.33448/rsd-v12i5.41545.
6. Brasil. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2011 [acesso em mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html.
7. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011 [acesso em mar. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
8. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS Rev*. 2019;1(2):170-9.
9. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1501-6.
10. Silva Filho JA, Bezerra AM. Acolhimento em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Id on Line Rev Psic*. 2018;12(40):514-24.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 456 p.
13. Prefeitura Municipal de Abaetetuba. I Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional PMSANS/ABAETETUBA-PA 2024/2027. Pará: Prefeitura Municipal de Abaetetuba; 2024 [acesso em jul. 2024]. Disponível em: <https://abaetetuba.pa.gov.br/publicacoes.php?id=4923>
14. Pará. Secretaria de Comunicação. Unidade Básica de Saúde Fluvial é inaugurada em Abaetetuba [Internet]. Belém: Agência Pará; 2018 [acesso em mar. 2022]. Disponível em: <https://agenciapara.com.br/noticia/5202/>.
15. Prefeitura Municipal de Abaetetuba. Unidades de Saúde [Internet]. Pará: Prefeitura Municipal de Abaetetuba; 2024 [acesso em jul. 2024]. Disponível em: <https://www.abaetetuba.pa.gov.br/unidadesaude.php>
16. Duarte J. Entrevista em profundidade. In: Barros A, Duarte J, organizadores. *Métodos e Técnicas de Pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas; 2009. p. 62-83.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos. 2012. Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

18. Moura GPSV. As Redes Vivas na produção do acesso de usuários da área ribeirinha aos serviços de saúde mental no município de Parintins, Amazonas. [dissertação]. [Manaus]: Instituto Leônidas e Maria Deane; 2022. 96 p.

19. Reis MHS, Portugal JKA, Campos GL, Pereira VS, Pinheiro Jr JCF, Germano SNF, et al. Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. REAS [Internet]. 17 nov. 2021 [acesso em mar. 2022];13(11):e9273. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9273>.

20. Junges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? Cien Saude Colet [Internet]. Nov. 2011 [acesso em mar. 2022];16(11):4327-35. doi:10.1590/S1413-81232011001200005.

21. Barros S, Nóbrega MPSS, Santos JC, Fonseca LM, Floriano LSM. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1687-95.

22. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL. “I went to the health unit and the doctor sent me here”: process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. Interface (Botucatu). 2014;18(48):61-74.

23. Figueira MCS, Marques D, Vilela MFG, Bazílio J, Pereira JA, Silva EM. Work process of river family health teams from the perspective of Primary Care managers. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03574.

24. Gama AS, Secoli SR. Práticas de automedicação em comunidades ribeirinhas na Amazônia brasileira. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190432.

25. Souza MJC, Lobato SLX, Menezes RAO. Conhecimento tradicional de plantas medicinais na comunidade ribeirinha do Igarapé Banha no Município de Mazagão - Amapá, Amazônia brasileira. Estacao Cient (Unifap). 2019;9(1):51-62.

26. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cad Saude Publica. 2019;35(12):e00220519.

27. Gonçalves RM, Domingos IM. População ribeirinha no Amazonas e a desigualdade no acesso à saúde. Rev Est Constit Hermen Teoria Dir (RECHTD). 2019;11(1):99-108.