

SAÚDE E CIRURGIA DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS: RIBEIRINHOS, INDÍGENAS E QUILOMBOLAS

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Querly Oliveira Silva

Giovana Silva Correa Reis

Tarciza Fernandes Nascimento

Estherfanny da Nóbrega Pinheiro

Andrícia de Jesus de Melo e Silva

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Marcus Vinicius Henriques Brito

José Antonio Cordero da Silva

“Pois veja só: tudo aquilo
de que a gente necessita
é no rio que a gente pega.

O rio rasga a floresta;
das plantas e pedras do mundo
ele retira os remédios
*saídos do fundo da terra
que curam todos os males,
toda doença que existe —
é só saber procurar”.*
(Elizabeth Bishop)

Historicamente, o sistema de saúde no Brasil foi estruturado com base em um modelo de atendimento voltado para a elite da população, no qual os indivíduos abastados solicitavam a presença de médicos e arcavam com os custos de sua assistência. Por outro lado, o cuidado com a saúde dos menos favorecidos era fornecido por meio da assistência caritativa cristã, por instituições como as Santas Casas de Misericórdia, ou por intermédio de práticas tradicionais de cura, por vezes auxiliadas por benzedeiros, pajés ou outros líderes espirituais¹.

Com a persistência das epidemias como a da febre amarela, peste e varíola, o poder público foi compelido a adotar medidas sanitárias emergentes. Formou-se então a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão responsável pelas ações de combate e controle às epidemias. Posteriormente, viu-se a necessidade da reorganização dos Serviços Sanitários Federais e, por conseguinte, criou-se o

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, considerado o precursor da nacionalização das políticas de saúde e saneamento no Brasil².

Nessa mesma época, ocorreu também a implantação de instituições voltadas para a pesquisa biomédica, que contribuíram diretamente para a construção científica de políticas de saúde no país². Apesar do progresso ao longo dos anos, é necessário compreender que as ações sanitárias voltadas às populações tradicionais, como os ribeirinhos, indígenas e quilombolas, caminham a passos lentos devido às especificidades e vulnerabilidades dessas comunidades e ao provável desinteresse político.

Com base nessa premissa, este capítulo busca que o leitor compreenda mais sobre saúde e cirurgia nas populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas; afinal, urgem medidas que melhorem a atenção à saúde e a atuação nessas comunidades, principalmente nas práticas seguras integradas.

1. SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

A população ribeirinha é composta por trabalhadores cujo sustento é obtido principalmente por meio dos recursos naturais, trabalho artesanal e atividades agrícolas. Geralmente, ocupa-se do extrativismo do açaí, buriti e cacau, mas também da pesca e confecções de produtos artesanais, como a peneira, e olaria na fabricação de telhas de barro e vasos de cerâmicas. Nessas comunidades, o rio também é elemento central na definição da vida econômica, social e cultural³.

Os produtos gerados costumam ser comercializados dentro da própria comunidade e, não raro, são adquiridos a preços abaixo do mercado para, em seguida, serem vendidos com margem de lucro importante sobre o valor original. A renda costuma ser complementada com recursos de programas governamentais, tais como o Programa Bolsa Família e Direito à Cidadania. Existe ainda o seguro defeso, auxílio conferido a quem depende da pesca durante os períodos de reprodução dos peixes, quando a pesca comercial fica proibida, objetivando-se a preservação da biodiversidade⁴.

Na Amazônia, diverso é o número de populações encontradas ao longo dos rios, com suas casas construídas às margens desses cursos de água. As residências tradicionais são construídas com madeira, podendo-se citar as palafitas (moradias suspensas para proteção nos períodos de cheia) e as casas flutuantes (sustentadas com grandes troncos de árvores, geralmente de açacus, que operam como boias)⁴.

Os ribeirinhos costumam ser vistos, especialmente pela população da cidade, como pessoas com modo de vida “rústico ou primitivo”, em virtude da sobrevivência regida pelo tempo da natureza³.

Devido às características singulares de seu modo de vida, com estreita relação com a Floresta e o clima tropical, a população ribeirinha enfrenta exposição a riscos e agravos à saúde significativamente distintos aos da população urbana. Frequentemente, observa-se importante incidência de acidentes envolvendo animais venenosos, picadas de aranhas, Doença de Chagas (inclusive, sendo comum a transmissão via oral relacionada ao consumo de açaí) e doenças transmitidas por vetores, como a malária⁵.

Em suma, há três formas principais de os ribeirinhos receberem assistência à saúde⁴:

1. procurando atendimento na sede do município ou na capital;
2. através de equipes de saúde que se deslocam por intermédio do Barco da Saúde ou da Unidade Básica de Saúde Fluvial;
3. ou recebendo na comunidade barcos missionários de Organizações Não Governamentais (ONGs).

Não obstante, os serviços de saúde situam-se a grandes distâncias ou existem dificuldades econômicas de acesso aos estabelecimentos, o que fortalece concepções próprias sobre o adoecimento e a utilização de conhecimentos empíricos em saúde. A preocupação é que essa realidade se transforme em palco de combate entre a Medicina Científica e a Medicina Popular. Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume protagonismo como mediador de ambos os saberes, uma vez que habitualmente reside dentro da comunidade, criando um vínculo mais próximo e intenso com a população assistida. O ACS é partícipe das visitas domiciliares, das ações de prevenção e promoção à saúde e da identificação de áreas de risco, além de outras atribuições⁴.

1.1 População ribeirinha e políticas de acesso à saúde

O direito à saúde é um direito fundamental social estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e deve ser assegurado pelo Poder Público (União, estados e municípios), no sentido de ser fundamental para o exercício da vida humana⁶.

Dessa forma, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual busca a proteção social, a universalização do cuidado e, sobretudo, a produção de respostas às necessidades de saúde e acesso aos seus serviços de forma equitativa e integral para as populações, inclusive na Amazônia Brasileira⁷. Apenas com a publicação da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, é que se instituem critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção dessas equipes, que são destinadas ao atendimento de populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul, através das Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR)^{8,9}.

Há diferenças entre os arranjos da ESFF e ESFR. A primeira encontra-se vinculada a Unidades Básicas Fluviais (UBSF) móveis, e a última está vinculada à uma Unidade fixa, apesar de o acesso às comunidades ocorrer por via fluvial. Em ambas, a equipe mínima deve ser formada por: médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e 12 ACSs. Em áreas endêmicas, pode-se incluir um microscopista, e, nas redes credenciadas em Saúde Bucal, devem fazer parte o odontólogo e um técnico ou auxiliar em saúde bucal. O atendimento das equipes ribeirinhas para com a comunidade se dá por 14 dias (8h/dia), sendo 2 dias reservados ao planejamento e à Educação Permanente¹⁰.

Em 2 de dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.866, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, buscando ampliar o atendimento às necessidades dessas populações¹¹. Por ser uma política transversal, deve estar presente nos diferentes pontos de atenção, incluindo os de alta complexidade, sendo, assim, de responsabilidade do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) – instrumento legal que visa garantir, pelo SUS, o tratamento médico de média e alta complexidade a usuários portadores de doenças não tratáveis no município de origem, quando esgotados todos os meios existentes na microrregião¹².

No entanto, essa legislação, apesar de ser planejada, não é devidamente implementada, apresentando baixa adesão dos municípios à política de ampliação de acesso a esse segmento da sociedade¹³. Além do mais, esses brasileiros têm que enfrentar falta de saneamento básico, insalubridade da água, favorecendo a disseminação de doenças como leptospirose, hepatite, dengue e febre amarela. Além do assoreamento e contaminação dos rios, devido às atividades de garimpo e mineração, que dificultam o transporte e a pesca para a sua sobrevivência¹⁴.

2. SAÚDE DE INDÍGENAS

No livro de Gersem, autor indígena que é líder Baniwa e antropólogo, cita-se a definição técnica elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1986 sobre os povos indígenas, conceituando-os como¹⁵:

[...] aqueles que, contando com uma continuidade histórica das sociedades anteriores à invasão e à colonização que foi desenvolvida em seus territórios, consideram a si mesmos distintos de outros setores da sociedade, e estão decididos a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência, em conformidade com seus próprios padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos¹⁵.

No Censo demográfico mais recente realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no país em 2010, a população indígena brasileira era de 896.917.

As populações indígenas estão presentes em todos os estados do Brasil, mas com maior concentração na Região Norte (37,4% do total). Nessa região, o estado com o maior número de indígenas é o Amazonas, representando 55% do total¹⁶. Contudo, na última prévia do novo censo nacional em curso, o IBGE informa que o resultado preliminar já registra mais de 1.600.000 pessoas indígenas¹⁷.

Historicamente, esses povos apresentavam como principais morbidades as doenças infecto-parasitárias, todavia, com a incorporação de hábitos culturais e alimentares, e com a mudança para regiões urbanas (36% dos indígenas), as doenças crônicas não transmissíveis, comorbidades mentais, abuso de substância e suicídio têm se tornado mais relevantes, contribuindo para taxas de morbimortalidade três a quatro vezes maiores do que a população em geral e expectativa de vida abaixo de 40 anos em algumas regiões do Brasil¹⁸.

Nessa perspectiva, é necessário investigar padrões de risco, vulnerabilidades e determinantes sociais, segundo etnia, cultura e inter-relações entre modelo assistencial recomendado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) *versus* realidade disponível nas localizações geográficas de atuação. Esse olhar evidencia que o estabelecimento de mecanismos e políticas públicas específicas tornou-se imperativo para suprir as necessidades dessa população, que vive as suas questões de saúde conforme a sua cultura e condições materiais, de modo a minimizar as diferenças e desigualdades, ainda tão predominantes, em pleno século XXI.

2.1 Leis e políticas públicas da saúde indígena na nova república

Após a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi abandonada a abordagem prévia de integração compulsória e passou-se a valorizar a proteção da pluralidade cultural dos povos indígenas, assim como assegurar o direito inviolável à saúde através do SUS, necessitando da formação de mecanismos e estruturas singulares que atendessem às suas demandas específicas¹⁹.

No Decreto nº 23/91, houve a transferência da responsabilidade de coordenação de ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde²⁰. No mesmo ano, através da Resolução CNS nº 011, de 31 de outubro, foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com representantes indígenas, do governo federal, de universidades e de organizações não governamentais, com o intuito de produzir conhecimentos da saúde dos povos indígenas, e auxiliar na elaboração de diretrizes das políticas do Conselho Nacional de Saúde²¹.

Com a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, reafirmou-se a exclusividade da responsabilidade do Ministério da Saúde na formação de políticas e diretrizes com execução

pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) – organizado por meio de Distritos sanitários indígenas (DSEIs). Essas são as unidades organizacionais que atuam como base populacional e territorial para as políticas públicas e que foram definidas respeitando a distribuição tradicional desses povos, as relações sociais entre diferentes grupos, muitas vezes diferindo dos limites geográficos estabelecidos de estados e municípios que permeiam²².

Em 31 de janeiro de 2002, através da Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, foi promulgada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que objetivava garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, respeitando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política²³.

Em 2010, por meio do Decreto nº 7.336/2010, foi formada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), subordinada ao Ministério da Saúde²⁴.

O programa “Mais Médicos” foi lançado em 2013 com o objetivo de levar médicos para regiões remotas e carentes do país, onde a oferta de profissionais de saúde era escassa. Até 2017, um total de 519 médicos foram alocados para as áreas indígenas, auxiliando a amenizar os déficits com bons resultados, melhorando índices e capacidade de produção das equipes nos locais²⁵.

As equipes de saúde dos DSEI são responsáveis pelas políticas de promoção à saúde e o fornecimento de atendimento. Dentre os residentes, são selecionados e contratados os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), para prestar serviços básicos de saúde em sua área de abrangência. A porta de entrada na rede descentralizada são os Postos de Saúde, que têm como proposta a resolução da maior parte da demanda com suporte dos Polos Bases – centros de maior complexidade que abrangem um grupo de aldeias, oferecendo a primeira referência com equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. Para serviços de média e alta complexidade, seguem o sistema de referência e contrarreferência com auxílio da Casa de Saúde Indígena (CASAI), que recepciona, aloja e alimenta o paciente e seu acompanhante durante todas as fases do tratamento¹⁸.

A Figura 1 apresenta uma linha temporal que sintetiza os principais marcos apresentados em relação às Políticas Públicas voltadas à Saúde Indígena no Brasil.

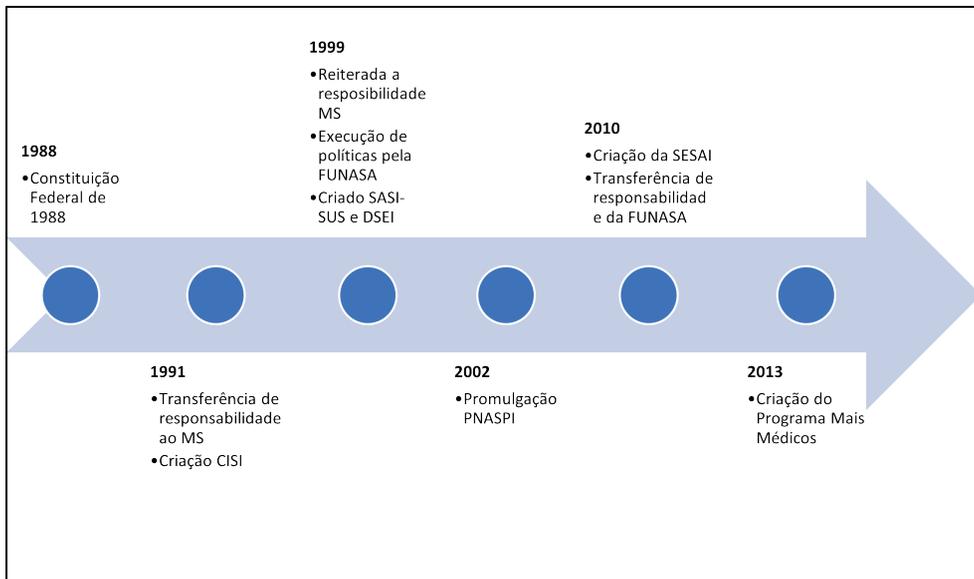


Figura 1 - Linha temporal acerca das Políticas Públicas voltadas à Saúde Indígena.

3. SAÚDE DE QUILOMBOLAS

As comunidades quilombolas são produto intrínseco da resistência à escravidão, representando a perseverança e a luta dos afrodescendentes em busca de liberdade e dignidade. Constituídas por descendentes de pessoas que fugiram ou resistiram à condição de escravização, essas comunidades se desenvolveram em territórios próprios nas mais diversas regiões do Brasil, denominados quilombos, onde encontraram refúgio contra a repressão dos capitães do mato e seus senhores e estabeleceram formas autônomas de organização social, política e econômica. Os quilombos surgiram como espaços de resistência ativa, onde os escravizados buscaram romper com o sistema opressor e construir uma realidade alternativa baseada em princípios de liberdade, solidariedade e preservação de sua cultura²⁶.

Resumidamente, conforme o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, as comunidades quilombolas são aquelas constituídas por uma população que reconhece sua ancestralidade africana com uma identidade étnico-racial definida. Essas comunidades possuem uma história própria marcada por lutas e resistência contra as opressões sociais, além de manterem fortes ligações territoriais²⁷.

Atualmente, existem no Brasil 2.744 comunidades quilombolas espalhadas por 24 estados do país, conforme dados de 2019. Suas atividades econômicas predominantes incluem a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato²⁶.

Abordar a saúde da população quilombola implica em resgatar as desigualdades históricas e lutar contra as condições socioeconômicas desfavoráveis enfrentadas por essas comunidades. A falta de acesso adequado aos serviços de saúde, saneamento básico, transporte e acesso à educação, aliada à discriminação racial e à exclusão social, contribui para agravar os problemas de saúde e reduzir a qualidade de vida dessas populações²⁶.

Durante séculos, as doenças infecciosas foram predominantes nas comunidades quilombolas, devido às condições de higiene precárias, à falta de saneamento básico e à falta de acesso a cuidados médicos adequados. Diarreias, parasitoses intestinais, infecções respiratórias e doenças transmitidas por vetores como a malária eram comuns nessas comunidades²⁸.

Atualmente, além das doenças infectocontagiosas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e doenças cardiovasculares, têm se tornado mais prevalentes. Essa mudança ocorre devido a uma série de fatores, incluindo a transição nutricional, com a assimilação de alguns padrões culturais da população urbana, a maior disponibilidade de alimentos ultraprocessados, adoção de padrões alimentares menos saudáveis e as mudanças no estilo de vida²⁹.

Ademais, a discriminação racial e as desigualdades socioeconômicas persistem nas comunidades quilombolas, o que contribui para disparidades no acesso aos serviços de saúde, diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de doenças. Essas disparidades podem impactar negativamente o controle e a gestão das doenças crônicas nessas populações^{28,29}.

É importante ressaltar que, apesar da transição epidemiológica em curso, as altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais ainda representam um importante desafio, especialmente naquelas populações localizadas em áreas rurais e de difícil acesso³⁰.

Por fim, as referências culturais de comunidades quilombolas, indígenas e outros povos tradicionais só serão realmente salvaguardadas quando as políticas patrimoniais voltarem seus esforços para as reais demandas dos grupos.

4. AÇÕES DE SAÚDE E CIRURGIA EM ÁREAS INDÍGENAS, RIBEIRINHAS E QUILOMBOLAS

No artigo 198 da Constituição brasileira, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e participação comunitária⁶. Guimarães (2016) entende que o processo de regionalização “não se trata apenas de delimitar um território geográfico, é necessário pactuar acordos políticos que sejam coerentes com o uso do território pelos agentes locais que o utilizam”³¹.

A importância de falar do espaço habitado se dá mediante a necessidade de oferecer às populações mais vulneráveis uma oferta e qualidade de atendimento condizente com a sua necessidade, respeitando, assim, o princípio de equidade do SUS, que é fundamental para que se faça a correção das injustiças sociais e históricas e se assegure o acesso à saúde a todos³².

Entretanto, em território nacional ainda são observados grandes traços de iniquidade relacionados à etnia ou local de moradia, com evidente prejuízo para as comunidades quilombolas, indígenas e ribeirinhas; e, para além das desigualdades sociais, a posição geográfica de predomínio rural dificulta o acesso e a adesão aos serviços de saúde³³.

Em meio a essas desigualdades, algumas estratégias foram direcionadas pelo governo brasileiro, a exemplo, o Programa Mais Médicos, criado em 2013 (Medida Provisória nº 621/2013), com o objetivo de suprir as necessidades de médicos nessas regiões. Entre 2013 e 2017, o Programa Mais Médicos contou com 18.500 profissionais. Esse programa, notoriamente, trouxe maior cobertura de médicos em áreas de difícil acesso e maior vulnerabilidade, assistindo 400 municípios que previamente não tinham esses serviços, principalmente nos DSEI^{34,35}.

Embora as estratégias levantadas tenham reduzido em algum grau as desigualdades de acesso à saúde, em 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, que prevê o congelamento dos gastos públicos pelas duas décadas seguintes, dentre os quais, os gastos com a saúde, somado a medidas de retirada de verbas e desestruturação de políticas públicas em saúde a partir de 2017. Essa combinação de fatores contribuiu para a perpetuação das desigualdades no acesso à saúde, deixando as populações tradicionais e de baixa renda em uma situação de vulnerabilidade ainda maior^{36,37}.

Outrossim, pensando em descrever um modelo resolutivo de atendimento a essas populações, é válido destacar o trabalho protótipo da Organização não governamental dos Expedicionários da Saúde (EDS), que teve início em 2002, com o objetivo de levar medicina especializada, principalmente atendimento cirúrgico, às populações indígenas e ribeirinhas que vivem isoladas na Amazônia brasileira³⁸.

Eles realizam um serviço complementar aos programas de atendimento à saúde da região e visam evitar a necessidade de deslocamento, nem sempre viável, do doente e sua família até centros urbanos. Por isso, foi pensada e desenvolvida uma tecnologia social inovadora e adaptada às necessidades de atuação na Amazônia, o Centro Cirúrgico Móvel (CCM), que é uma forma de trabalho moderna, utilizada pela primeira vez no Brasil por uma organização civil. Essa tecnologia foi implementada em 2005 e vem sendo reaplicada em constante aperfeiçoamento desde então^{38,39}.

Ressalta-se que o CCM é adaptável às condições mais extremas da Floresta Amazônica. É uma tecnologia desenvolvida por engenheiros voluntários, que viabiliza o acesso gratuito à saúde especializada, principalmente cirúrgica, aos povos indígenas e ribeirinhos que vivem geograficamente em áreas remotas e/ou isoladas³⁹.

A estrutura abriga salas de cirurgias oftalmológicas, cirurgia geral, pequenos procedimentos, conforto médico, sala de espera para pacientes, vestiário e Centro de Material e Esterilização (CME). Além disso, possui os mesmos equipamentos modernos e seguros oferecidos nos grandes hospitais do Brasil³⁹.

O Centro Cirúrgico (Figura 2) é parte de um grande Complexo Hospitalar Móvel (Figura 3) montado a cada expedição, levando-se em conta as condições de cada comunidade. Para que seu funcionamento seja possível, entretanto, a EDS, com o apoio da Secretaria de Saúde Indígena, realiza obras preliminares de adequações, como instalação de caixas d'água, fossas, poços, construção de banheiros e revitalização de centros comunitários, melhorias que são entregues às comunidades ao fim das expedições³⁹.



Figura 2 - Representação de Centro Cirúrgico Móvel na Amazônia.



Figura 3 - Representação de Complexo Hospitalar Móvel na Amazônia.

Além do Centro Cirúrgico, o Complexo Hospitalar abriga um ambulatório de oftalmologia, consultórios de diferentes especialidades médicas e odontológicas, salas de exames, ambientes de pré e pós-operatório, farmácia, fábrica de óculos, recepção e triagem de pacientes, cozinha, alojamentos, banheiros, entre outros. É uma estrutura autossustentável que depende apenas da captação de água de rio para que seja capaz de operar, já que toda sua energia é produzida por modernos geradores móveis³⁹.

Os expedicionários têm deliberadamente optado por prestigiar comunidades indígenas geograficamente isoladas, que frequentemente são as mais carentes de cuidados, procurando valorizar seu povo, sua cultura e promover a preservação do meio

ambiente. Eles oferecem o atendimento por meio de um diagnóstico prévio, no qual são selecionados os pacientes que necessitam de atendimento clínico e/ou cirúrgico³⁸.

Tornar a produção do CCM um modelo padrão de assistência às demandas das comunidades vulneráveis é uma estratégia que deveria ser pensada e colocada em prática em várias regiões do país. Observa-se que a oferta de saúde e cirurgia entre as populações ribeirinhas, indígenas e quilombolas é desafiadora e por isso carece de atenção e maiores incentivos por meio de políticas públicas direcionadas.

Para a saúde, a análise do território é componente primordial para a organização do serviço em consonância com as necessidades da população. Logo, olhar para as especificidades da população suscita a reflexão sobre um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a equidade, objetivando o respeito às especificidades, diversidades e necessidades de cada indivíduo ou grupo social, uma vez que todos os indivíduos têm direito à saúde, mas são pessoas diferentes e, portanto, possuem necessidades distintas.

REFERÊNCIAS

1. Sanglard G. ASSISTÊNCIA NA ANTIGA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO: contribuições para o debate acerca de sua organização (1830-1890). *História* (São Paulo). 2021; 40 (e2021035): 1-28.
2. Brasil. Decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Dá Regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. *Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil* (Rio de Janeiro). 1921; 2: 1157.
3. Fernandes JSN. Política de Desenvolvimento na Amazônia: Um Olhar Para as Famílias Ribeirinhas. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. 2018; 16(1).
4. Reis MH da S, Portugal JKA, Campos GL, Pereira V de S, Júnior JCFP, Germano SNF, et al. Características da população ribeirinha de um município do interior do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021 Nov 17;13(11):e9273.
5. Reis MH da S, Portugal JKA, Mariño JM, Barros W da S, Dantas J de S, Souza TTG de, et al. O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020 Jul 9;(53):e3631.
6. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(8):1-14.
8. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 21 out.
9. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.
10. Kadri MRE, Santos BS dos, Lima RT de S, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23.

11. Brasil. Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União 2011; 02 dez.
12. Oliveira JM, Guedes TRON, Schweickardt JC, Santos ICPAM, Reis AES. O Acesso da População Ribeirinha do Rio Amazonas ao Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Saúde Coletiva (Barueri). 2022; 12(76): 10530–10539.
13. Lima RTS, et al. Saúde em Vista: Uma Análise da Atenção Primária à Saúde em Áreas Ribeirinhas e Rurais Amazônicas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021; 26(6).
14. Gonçalves RM, Domingos IM. População ribeirinha no Amazonas e a Desigualdade no Acesso à Saúde. Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD). 2019; 11(1): 99-108.
15. Oliveira ADC. LUCIANO, Gersem dos Santos. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 2006. 233p. (Coleção Educação Para Todos. Série Vias dos Saberes n. 1). Espaço Ameríndio. 2008 Dec 31;2(2):186.
16. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Manual do Recenseador. CD 1.09. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
17. IBGE. Com a coleta concluída na TI Yanomami, Censo já registra 1.652.876 pessoas indígenas em todo o país [Internet]. Brasília: IBGE [atualizado em 2023 Abr. 03; citado em 2023 Mai. 23]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/novo-portal-destaques/36595-com-a-coleta-concluida-em-tis-yanomamis-censo-ja-registra-1-652-876-pessoas-indigenas-em-todo-o-pais.html>.
18. Heufemann NEC, Ferla AA, Lima KMS, Martins FM, Lemos SM, et al. Saúde indígena: educação, gestão e trabalho [Internet]. 1st ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Livro-Saude-Indigena-educacao-gestao-e-trabalho.pdf>
19. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
20. BRASIL. Decreto nº 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União, 1991.
21. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 011, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1991. Seção 1, p. 28717-28718.
22. BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 1999.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 fev. 2002. n. 26, Seção 1, p. 46-48.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.336, 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2010. Seção 1, p. 06.

25. Schweickardt J, Ferla A, Tobias R, Lima S, Soares J, De Amorim C. Artigo original O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. [cited 2022 Apr 28]; Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51349/v44e242020.pdf>
26. Rosa LGF da, Araujo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. Aletheia [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Jun 14];53(1):109–20. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942020000100010
27. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, 2003.
28. Amanda dos Santos, Daliana Caldas Pessoa, José Fernandes Filho, Emanuely Bernardes-Oliveira, Cristina, Rafael Lima Resque, et al. Comunidade Quilombola: Aspectos relativos à saúde da mulher no Nordeste brasileiro / Quilombola Community: Aspects related to women's health in Northeastern Brazil. 2022 Jan 19;8(1):5228–42.
29. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Revista CEFAC. 2011 May 20;13(5):937–43.
30. Cardoso CS, De Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2018 Apr 4;12(4):1037.
31. Guimarães WSG. Avaliação da atenção pré-natal na Atenção Básica por macrorregiões geográficas e por regiões de saúde [dissertação de mestrado]. Amazonas: Universidade Federal do Amazonas, Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias. 2016.
32. Machado GCXMP, Maciel TM de FB, Thiollent M. Uma abordagem integral para Saneamento Ecológico em Comunidades Tradicionais e Rurais. Ciência & Saúde Coletiva. 2021 Apr;26(4):1333–4.
33. Fernandes MC, Freitas FFO, Freire EA, Massagli SCC. Intelecções sobre possibilidades cuidativas em saúde no campo da interdisciplinaridade. 1 ed. Curitiba: Appris Editora e Livraria Eireli-ME. 2019.
34. BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2013.
35. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2021;26(suppl 2):3435–46.
36. BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016.
37. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF de, Melo EA, Medina MG, Aquino R, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(10).
38. Sales, CRG, Sabongi ML, Monteiro, MI. Capacitação da enfermagem no processamento de produtos para atuação em expedições na Amazônia brasileira. Revista SOBCEC. 2019, 24(3): 168-71, 2019.
39. Sales, CRG et al. Logística de implementação de bloco cirúrgico na floresta: atuação do enfermeiro. Revista SOBCEC. 2016, v. 21, n. 3, p. 162-169, 2016.