

Vivências em Unidade Básica de Saúde Fluvial no Rio Negro, um relato de experiência

Lucas Gaspar Ribeiro, Thaís Murta

RESUMO

População ribeirinha é aquela constituída por pessoas que vivem as margens de rios e igarapés, sendo um desafio para o SUS garantir acesso a estas populações. No Brasil, contamos com as Unidades de Saúde Básica Fluviais como ferramenta. O presente relato de experiência objetiva analisar os quatro princípios essenciais da Atenção Primária à Saúde na atuação de equipes de saúde da família em UBS Fluvial em comunidades ribeirinhas do baixo rio Negro, no Amazonas. A percepção e descrição ocorreu por meio de diário de campo de uma residente em Medicina de Família e Comunidade durante uma jornada de 10 dias na embarcação. Os resultados demonstram que a ação conjunta da equipe permite o conhecimento e acompanhamento das pessoas ao longo do tempo, coordenando o cuidado e reforçando a importância da APS estruturada, principalmente para aqueles com maior dificuldade de acesso, como a população ribeirinha.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; População Ribeirinha; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The riverside population consists of people who live on the banks of rivers and streams, which is a challenge for SUS provide health access to them. To reach this population, Fluvial Basic Health Units exist as an appliance on Brazil. The present experience report aims to demonstrate how the four essential principles of Pirmary Health Care occur in the lower rio Negro, in Amazonas. The perception and description occurred through a field diary of a resident in Family and Community Medicine during a 10-day journey on the vessel. The results demonstrate that the team's joint action allows for the knowledge and monitoring of people over time, coordinating their care both on the boat and reinforces the importance of structured PHC for all, especially those with greater physical access difficulties as the riverside population.

Keywords: Primary Health Care; Riverside Population; Public Health; Unified Health System; Health System Accessibility.

Revista da Rede APS 2022

Publicada em: 29/04/2022

DOI:10.14295/aps.v4i1.190

Lucas Gaspar Ribeiro
(Universidade de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil)

Thaís Murta
(Pesquisadora independente, Ribeirão Preto, SP, Brasil)

Correspondência para:

Lucas Gaspar Ribeiro
lucas.gaspar.ribeiro@usp.br

Submissão recebida em 30 de maio de 2021.
Aceito para publicação em 09 de dezembro de 2021.
Avaliado pelo sistema *Double Blind Review*

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a garantia de acesso aos seus recursos para populações vulneráveis, sendo as populações ribeirinhas um grupo relevante, por viverem contextos diversos e complexos, influenciados por aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais que muitas vezes dificultam sua implantação de maneira equânime (ARANTES et al., 2016).

Essa população é definida como um grupo de pessoas que vive às margens dos rios e igarapés e exerce ações de extrativismo e agricultura de modo a garantir o sustento familiar e/ou local. Características geográficas, como a dispersão da população pelo território e ao longo dos rios, e a dificuldade de acessibilidade são dificuldades operacionais importantes e devem ser transpostas por meio de políticas que facilitem e promovam o acesso (ANDO E AMARAL FILHO, 2019).

Para isso, a criação de estratégias para redução das desigualdades de acesso deve ser o foco das equipes da ESF, além do compromisso dos profissionais e a capacitação continuada, já que frequentemente o desconhecimento de conceitos essenciais, considerando os atributos da APS, mesmo por profissionais que atuam nessa área, ainda é comum (ARANTES et al., 2016). Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica vem delineando os caminhos a serem seguidos para atingir esse objetivo, incluindo as Equipes de Saúde Ribeirinhas como estratégia específica para estas populações (BRASIL, 2017).

Considerando os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) como determinantes da qualidade do serviço prestado, torna-se necessário implementá-los exaustivamente na prática clínica e nos processos de trabalho, objetivando a expansão da promoção do acesso a populações historicamente excluídas (ARANTES et al., 2016). O objetivo deste artigo é analisar os quatro atributos essenciais conforme preconizado por Starfield (2002) na atuação de equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde

Fluvial, sendo eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Sendo o atributo **Primeiro Contato** o organizador da porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, seu objetivo é garantir o acesso e acessibilidade assim que a demanda tenha sido identificada e independente de qual seja (LANDSBERG et al., 2012; STARFIELD, 2002). Nos locais de isolamento, como nas comunidades ribeirinhas, a acessibilidade (fator físico) é o dificultador principal devido à dimensão geográfica. O acesso, então, deve ser priorizado e facilitado ao máximo para prover recursos de maneira equânime (ARANTES et al., 2016).

A **longitudinalidade** pressupõe a prestação continuada de assistência por meio do desenvolvimento de relações interpessoais de longa duração e com criação de vínculo entre profissionais e usuários, permitindo uma relação construtiva e duradoura, baseada na confiança mútua. O alcance desse atributo está intimamente relacionado com a identificação pela pessoa usuária do sistema de que a unidade de saúde e seus profissionais são a fonte de atenção e cuidado (STARFIELD, 2002).

A **integralidade** implica na realização de articulações para que o indivíduo receba todos os tipos de serviços de que necessite, desde a promoção da saúde, com a prevenção de doenças e a oferta de cuidados, até os tratamentos mais complexos e continuados, mesmo que eles não possam ser oferecidos imediatamente pela unidade de saúde de APS. O número de serviços disponíveis deve ser extenso com fluxos bem estabelecidos de encaminhamentos a serviços secundários e terciários, internações domiciliares e outros serviços comunitários (LANDSBERG et al., 2012).

A **coordenação do cuidado** se refere à interação entre os diversos serviços e níveis de atenção responsáveis pelo cuidado da pessoa. Requer garantia de continuidade por meio de registros em prontuário, elaboração de listas de problemas e de elementos que sejam compreendidos pelos profissionais, trazendo informações úteis para melhoria do serviço

ofertado. Também é responsável pela realização de encaminhamentos para os outros níveis de atenção e para a realização de exames complementares (LANDSBERG et al., 2002).

A EXPERIÊNCIA

O objetivo desse artigo é apresentar como os atributos essenciais da APS são desenvolvidos em uma UBS Fluvial do rio Negro, no estado do Amazonas, a partir da experiência como estágio optativo realizado em novembro de 2018 pelo programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A metodologia para obter as informações utilizada foi descritiva, reflexiva e analítica, por

meio da utilização de diário de campo elaborado no período de navegação (TURATO, 2005).

Durante 10 dias a equipe composta por 22 funcionários, entre profissionais de saúde e tripulação, percorreu aproximadamente 150km prestando atendimento às populações ribeirinhas de 11 comunidades no baixo rio Negro utilizando a Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Dr. Antônio Levino que, em conjunto com a UBSF Ney Lacerda, atendem às duas calhas do rio Amazonas, rio Negro e rio Solimões em expedições com frequência mensal e com população estimada de 16 mil pessoas. As UBSFs são integrantes da estratégia da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA) e partem de portos próximos ao porto de Manaus.

Figura 1 - Comunidades ribeirinhas visitadas pela UBSF Dr. Antonio Levino no baixo Rio Negro, na expedição de novembro de 2018. Fonte: a autora, 2021.



Fonte: Google Maps®.

A UBS fluvial é uma embarcação com três andares, sendo uma unidade básica de saúde completa. O térreo é aberto à população e dispõe de sala de espera, um banheiro público e outro para os funcionários, sala de vacinas,

consultório médico, consultório de enfermagem, consultório odontológico, sala de procedimentos, farmácia, laboratório, sala de esterilização e expurgo. O primeiro andar, exclusivo para funcionários, possui seis cabines

com quatro leitos cada, dois banheiros, refeitório, cozinha e sala de comando. O último andar é uma área de convivência para os funcionários, com mesas e cadeiras, coberta por lona, com suportes para redes.

A UBSF é composta por duas equipes, com dois médicos (um generalista e uma ginecologista), duas enfermeiras, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um farmacêutico, um bioquímico, dois auxiliares de laboratório; além da tripulação, constituída pelo comandante, subcomandante, mecânico, cozinheiro, auxiliar de cozinha e auxiliar de limpeza.

A farmácia é abastecida pela maioria dos medicamentos da relação municipal de medicamentos de Manaus/AM (MANAUS, 2018a), com parte dos medicamentos do componente estratégico estadual (MANAUS, 2018b), contemplando o tratamento de malária, tuberculose e hanseníase, mas não contemplando o tratamento para HIV. Há ainda distribuição de repelentes para gestantes e de hipoclorito para esterilização da água.

A UBSF possui dois computadores, um no laboratório, com os laudos dos exames emitidos em programa offline, e um na farmácia, com planilhas de controle das medicações utilizadas e pela população adscrita, principalmente para diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e malária. Os diabéticos ou hipertensos possuem o Cartão Hiperdia, anexado a seu receituário em que são anotados, além da retirada das medicações, dados antropométricos e as consultas odontológicas (Hiperdia com Sorriso). As planilhas são alimentadas pelo farmacêutico e auxiliam na coordenação do cuidado. A equipe de enfermagem é acionada quando a pessoa não retira medicações no período adequado, podendo realizar a busca ativa por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Os ACSs são membros da própria comunidade e se tornam referência para os moradores, sendo responsáveis por comunicar a população do dia e período do próximo atendimento. A comunicação entre ACS e UBSF é realizada por

telefone (quando disponível) ou por moradores voluntários que têm barco e se deslocam a Manaus. Os ACSs também entregam as senhas de atendimento, os encaminhamentos e avisam a chegada dos exames na UBSF.

Durante a ação, o laboratório estava realizando o hematócrito, urina rotina, análise direta de lâminas (gota espessa) e testes rápidos sorológicos (HIV, hepatites B e C, sífilis e malária). Os demais exames normalmente disponíveis são tipagem sanguínea, ureia, creatinina, função e enzimas hepáticas, mas o aparelho estava em manutenção.

O barco desloca-se no início da manhã, no horário de almoço e ao final da tarde, sendo que os atendimentos são realizados das 7h às 11h e das 13h às 17h, permanecendo até dois períodos em cada localidade, a depender da população adscrita. A maioria das pessoas se desloca a pé até o local de atendimento, porém algumas pessoas de comunidades vizinhas chegam de canoa ou barco motorizado para as consultas na UBSF.

Três das comunidades visitadas possuem Unidades Básicas de Saúde Ribeirinha (UBSR) para atendimentos em terra, que normalmente ficam fechadas quando a equipe não está na comunidade. Quando não é possível o atendimento na UBSR, ela é utilizada para o armazenamento de prontuários e documentos. Os recursos disponíveis nas UBSR são variáveis, uma tem ar-condicionado, mesas e cadeiras, em outra, há mesa, cadeiras, maca, foco de luz, materiais para curativo, algum livro antigo, na terceira, apenas mesa e cadeiras.

A rotina de atendimentos se inicia com uma conversa entre a equipe e as pessoas com uma curta palestra, normalmente realizada por uma das enfermeiras, apresentando situações comuns de saúde e doença ou temas de grande circulação no momento. O espaço pode ser o pátio de uma igreja, a sala de espera de uma UBSR, ou na própria sala de espera do barco. O público é majoritariamente feminino e infantil, com poucos idosos. Ao final, são entregues os resultados das citologias colhidas, ou exames realizados em Manaus, e passados informes gerais.

O acesso é feito por meio da distribuição de senhas, no dia ou período anterior à chegada do barco. Em média são distribuídas vinte senhas por período para cada médico e dez para o dentista que utilizará a sala odontológica. O ACS também realiza as medidas de peso, altura e pressão arterial por aparelho digital, anotando no prontuário, o qual permanece armazenado nas UBSR de apoio.

O dentista que não está em atendimento, atua na comunidade desenvolvendo rodas de conversa e atividades educativas, como práticas de escovação, além de identificar pessoas que necessitam de uma avaliação mais detalhada em consultório, através de uma análise objetiva da boca. Há distribuição de escovas de dente e creme dental.

As enfermeiras fazem a escuta qualificada, consultas, coleta de citologia e discutem casos em que identificam alguma alteração, participando ativamente do processo de coordenação do cuidado. A sala de vacinas é bastante procurada e as pessoas têm o hábito de levar os cadernos de acompanhamento da saúde infantil às consultas, não foi comum observar vacinas atrasadas.

São frequentes os pedidos de “vitaminas para fraqueza” e de vermífugo, “*Ele não sente nada, mas tenho medo porque aqui não tem banheiro e o menino coloca tudo na boca. Agora apareceu essas mancha branca, tá com anemia!*”, comenta a mãe preocupada. Doenças diarreicas também são frequentes e se tornam de difícil manejo pela falta de abastecimento de água potável e de rede de esgoto nas comunidades.

A malária é uma constante e são comuns os casos de reinfecção e retratamento. A disponibilidade de laboratório permite observar lâminas de gota espessa e identificar os trofozoítos jovens. Também há disponibilidade de teste rápido com identificação do patógeno, pois o *P. vivax* não é o único sorotipo na região. As dificuldades de tratamento envolvem o analfabetismo e o esquema terapêutico complexo, um desafio para a equipe e para a pessoa.

A hanseníase também é uma doença frequente. A equipe possui experiência no manejo e as enfermeiras são qualificadas para realizar a Avaliação Neurológica Simplificada nos casos suspeitos e ajudam na detecção de casos novos. Há disponibilidade de coleta de baciloscopia e são realizados a notificação, o exame dos contactantes, vacinação de BCG quando indicado e tratamento completo. A equipe também mantém planilhas de controle, com o esquema terapêutico utilizado, a data das doses supervisionadas e a avaliação final pós-tratamento.

O cuidado a gestantes é intenso na UBSF. O pré-natal é realizado em conjunto pela equipe médica, de enfermagem e de odontologia. As vacinas geralmente estão atualizadas, as sorologias são realizadas por meio de testes rápidos já na primeira consulta e repetidas conforme recomendação, mas não há disponibilidade de exame de imagem e urocultura, apenas para quem se desloca a Manaus. O parto normalmente é realizado na própria comunidade, por parteiras e, em poucos casos, pela equipe de saúde quando ele acontece no dia do atendimento na comunidade.

Normalmente as gestantes são mulheres jovens ou adolescentes, com ou sem parceiro fixo. É comum ouvir, quando uma mulher engravida e não sabe quem é o pai ou não quer revelar, “foi o boto”. Dentre as versões interpretativas dessa lenda está a visão romantizada de um moço encantador, geralmente branco, que sai das águas do rio na madrugada e enfeitiça a menina, em alusão ao viajante. Outra interpretação é a de que quando não há conhecimento da paternidade em uma comunidade que não recebe muitas visitas, o pai pode ser membro da própria família. De fato, o abuso sexual é comum nessas áreas e muitas vezes aparece nas consultas sem nenhum romantismo. Também se observam outras conformações familiares de uma sociedade que vive em isolamento e, muitas vezes, quando chega ao consultório já carrega algo de estabelecido culturalmente (RUZANY et al., 2012). Esse é um desafio dos profissionais de saúde em observar sem julgar, oferecer apoio e acolher.

As visitas domiciliares ocorrem durante os atendimentos de acordo com a necessidade, sendo priorizados os pacientes com pouca mobilidade e idosos. É possível observar a simplicidade das casas de madeira, com pouca mobília, e o efeito da falta de recursos básicos como rede de água e esgoto e coleta de lixo. A mandioca é, junto com o peixe, a base da alimentação dessa população. Com frequência observam-se equipamentos para a sua transformação em diversos produtos, como farinha, tucupi, massa, goma e beiju.

DISCUSSÃO

Durante a experiência foi possível perceber os quatro atributos essenciais da APS sendo vivenciados pela equipe. Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado sendo tecidos pouco a pouco na realidade de uma população que vive em meio a tanto isolamento e, como esperado, com seu componente cultural influenciando sobremaneira (STARFIELD, 2002).

A organização do cuidado e da equipe reforçam a importância da manutenção e atualização de uma PNAB bem regulamentada, comprometida com todas as populações do território brasileiro, necessárias para a ampliação e aperfeiçoamento de serviços como esse, e que não permita retrocessos (MIROSINI, 2018).

O Primeiro Contato é possibilitado pela presença do barco, que adentra a comunidade, levando tecnologias de baixa complexidade e alta resolutividade (CAMPOS, 2011), com conhecimento técnico de uma equipe multiprofissional, reduzindo o impacto da dimensão geográfica sobre a acessibilidade. Ao mesmo tempo, apresenta limitação pela distribuição de fichas e curto período de atendimento em cada localidade.

A longitudinalidade está nas expedições mensais e retornos nas mesmas populações ao longo do tempo. O registro em planilhas, com dados da retirada de medicações e controles pressórico, glicêmico, de cintura abdominal e acompanhamento com dentista apresentou-se uma ferramenta valiosa, possibilitando aos profissionais uma visão global do indivíduo no

último ano, identificando os com mau controle de metas, com baixa adesão ao tratamento, oportunizando uma ação em equipe dos casos mais díspares, além de coordenar o cuidado (STARFIELD, 2002).

A presença do agente comunitário de saúde também influencia positivamente no primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado (CAMPOS, 2011), passando informações para a equipe e atuando na escuta durante a distribuição das senhas, organizando o cuidado enquanto o barco não está.

A integralidade fica clara quando observado o trabalho em equipe. Cada profissional é uma oportunidade de nova visão sobre a pessoa, sobre a situação de cada um, possuindo ferramentas e habilidades distintas aumentando a resolução dos problemas. Dessa forma, não são raras as situações que as pessoas chegam com uma demanda inicial e, pela avaliação da equipe multiprofissional, a integralidade do cuidado ultrapassa a demanda inicial (STARFIELD 2002).

Contudo, ainda não estão garantidos recursos essenciais para a integralidade do cuidado. Um exemplo é a terapia antirretroviral, pois não é dispensada pela UBSF, apesar de ser parte do componente estratégico estadual (MANAUS, 2018b). Além disso, a dificuldade para encaminhamentos a serviços especializados (como o ultrassom obstétrico e o parto) são ainda grande entrave na garantia do cuidado integral da pessoa para além do barco. Também é dificultado o manejo de situações críticas, como o abuso sexual de menores, pela distância do grande centro e ausência do apoio matricial de assistentes sociais e psicólogos.

A coordenação do cuidado faz-se presente e resolutiva com o trabalho multiprofissional apresentado nos programas Hiperdia e Hiperdia com Sorriso e as planilhas de gestão. O processo de trabalho é organizado e estruturado valorizando o cuidado integral e continuado. Esses exemplos bem-sucedidos possibilitam compreender as necessidades, avaliar quais os caminhos e fluxos, e garantir o cuidado continuado e integral da pessoa (STARFIELD 2002).

Os atributos derivados, competência cultural, orientação familiar e comunitária, não foram explicitados ao longo do texto, não pela singela denominação “derivados”, pois os cuidados familiares, observando a comunidade e a cultura são tão importantes quanto os ditos “essenciais” (STAERFIELD, 2002), mas foram subtraídos porque a vivência e existência de características peculiares de uma população ribeirinha já é essencial à existência desses atributos pela singularidade do contato e do cuidado a essa população. Características dos atributos derivados estão implícitas e explícitas ao longo do texto.

CONCLUSÃO

Diante da necessidade de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família para a consolidação de uma APS capaz de prover acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado para todas as populações, é imprescindível conhecer e ofertar o cuidado a populações ribeirinhas. Para tal, na constituição da PNAB existe a estruturação de Equipes de Saúde da Família Fluvial, com o objetivo de fortalecer e ofertar cuidados a esse grupo.

Este relato de experiência demonstrou como uma equipe de cuidados à população ribeirinha atua dentro da perspectiva multiprofissional, fortalecendo o cuidado centrado na pessoa, compreendendo a APS e desenvolvendo seus quatro princípios essenciais dentro de suas potencialidades e limitações, já considerando os atributos derivados como condição essencial a UBS Fluvial. O propósito deste artigo foi mostrar a importância e necessidade de uma política estruturada de valorização das equipes que cuidam das populações com mais difícil acessibilidade para consequente expansão da oferta de cuidados em saúde, garantindo a equidade e o desenvolvimento dos atributos da APS.

REFERÊNCIAS

- ANDO, Nilson Massazaku; AMARAL FILHO, Ricardo C. G.. Populações ribeirinhas. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 63. p. 514-523;
- ARANTES, J. L. et al. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura**. Ciênc. saúde coletiva [online], 2016, vol.21, n.5, pp. 1499-1510. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>;
- BRASIL, Gisele de Brito et al. **Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde**. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 31-38, jan./jun., 2016;
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em 30 de maio de 2021;
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acessado em 30 de maio de 2021;
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.7, pp.3033-3040. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>>. Acessado em 30 de maio de 2021;
- LANDSBERG, Gustavo et al. **Primária: o essencial da atenção primária à saúde**. Caratinga: Editora FUNEC, 2012. 187 p.;
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Lista simplificada - relação municipal de medicamentos essenciais - medicamentos de dispensação ambulatorial**. 2018a. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/Lista-Simplificada-Medicamentos-dispensa%C3%A7%C3%A3o-ambulatorial-site-18.07.18.pdf>>. Acessado em 30 de maio de 2021;
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Lista simplificada - relação municipal de medicamentos essenciais - componente estratégico**, 2018b. Disponível em: <<https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/Lista-Simplificada-Medicamentos-Componente-Estrat%C3%A9gico-dispensa%C3%A7%C3%A3o-ambulatorial-site-18.07.18.pdf>>. Acessado em 30 de maio de 2021;
- MARQUES, Giselda Quintana; SILVA, Maria Alice Dias da. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 25, p.17-25, abr. 2004;
- OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão em Articulação e Rede. In: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. Cap. 11. p. 263-271;
- RUZANY, Maria Helena et al. **Adolescentes e jovens de populações ribeirinhas na Amazônia**. Rio de Janeiro: Visão Social, 2012. 144 p.;
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002;
- TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Rev. Saúde Pública [online], 2005, vol.39, n.3, pp.507-514. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>;