



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**EDUARDO FERNANDES FELIX DE LIMA**

REDE SOBRE AS ÁGUAS: a saúde no contexto ribeirinho amazônico

Rio de Janeiro

2020

EDUARDO FERNANDES FELIX DE LIMA

REDE SOBRE AS ÁGUAS: a saúde no contexto ribeirinho amazônico

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Rio de Janeiro

2020

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**EDUARDO FERNANDES FELIX DE LIMA**

**REDE SOBRE AS ÁGUAS: a saúde no contexto ribeirinho amazônico**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Especialista em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 13 de julho de 2020.

---

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)

IESC/UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Tatiana Clarkson Mattos

IESC/UFRJ

---

Dr. Julio Cesar Schweickardt

ILMD/Fiocruz Amazonas

À memória do meu pai,  
Edson Felix de Lima!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela possibilidade da vida, pelos planos, pelos motivos e pelos ensinamentos!

Mãe, mais uma etapa concluída! Outra monografia. Seu amor, força, bondade e humildade muito me inspiram a cada dia!

Pai, quanta dualidade! Dois extremos num só momento. Havia fotos a mostrar e histórias que eu felizmente lhe contaria. Sei que você se empolgaria com isso tudo. Deixo aqui meu agradecimento a tudo que você representa pra mim.

Minhas irmãs Andréa e Adriana, meus exemplos e minhas referências de vida!

Meu grande agradecimento à Iaralyz por todo incentivo, auxílio, paciência, ânimo, força e carinho.

Meu orientador Paulo, mais uma vez tenho o privilégio de concluir um trabalho sob sua orientação. Agradeço a paciência, as reflexões e por contribuir de maneira especial na minha formação.

Agradeço às minhas colegas de turma de residência por compartilharem comigo as tensões, as incertezas, as alegrias e os sorrisos. Em especial à Anna Carolina e Thaysa, que comigo estiveram na experiência que origina este trabalho.

Aos trabalhadores da saúde de Tefé e à equipe de saúde da família fluvial que nos recebeu no seu dia a dia de trabalho e convívio. Meu agradecimento a todos aqueles que estiveram conosco ao longo do estágio eletivo e que de algum modo dedicaram seu tempo a nos ensinar. Agradeço a excepcional acolhida e por abrirem seus espaços de trabalho para contribuírem com nossa formação. Em especial, Rodrigo, Andreza, Elayne, Dona Lenira.

Com não posso deixar de mencionar, minha enorme gratidão aos moradores das comunidades ribeirinhas dos rios Tefé e Curumitá!

## CÂNTICO VI

*Quem comanda o rio ?  
O mito ?  
A lei ?  
A lenda ?  
Onde perdeu-se o mapa,  
o portulano ?  
Em que meridiano, norte ou sul,  
ou em que polo?  
Amazônia  
Amazônia  
Quem te ama ?  
Quantas vezes, no tempo, o rio encheu-se,  
e, quantas outras, vazou ?  
O rio não tem consciência  
de si mesmo,  
no ermo de existir  
que é ser corrente.  
O rio-em-si não é nem bom, nem mau.  
É rio.  
E sendo rio  
inunda e seca,  
pois inundar e secar  
é o ser do rio  
e sua incons/ciência de si mesmo.  
A notícia ovula-se poema,  
e nem se quer  
ou canto  
ou melopéia.  
Quer olhar e dar voz ao que se mostra,  
mais que real aqui, agora e sempre...  
Mas Tirésias atônito pergunta  
aos pálidos pajés sobreviventes:  
– “Se o rio nada sabe de si mesmo,  
quem saberá do rio e de seus homens ?”*

**João de Jesus Paes Loureiro**

## RESUMO

LIMA, Eduardo Fernandes Felix de. **Rede sobre as águas**: a saúde no contexto ribeirinho amazônico. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O objetivo deste trabalho é analisar o projeto da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) a partir da experiência de estágio eletivo do autor. Acompanhou-se o trabalho de uma equipe de saúde da família fluvial (eSFF) ao longo de 20 comunidades ribeirinhas nos rios Tefé e Curumitá, no Amazonas. Para a contemplação do objetivo do estudo utilizou-se da estratégia de pesquisa conhecida por triangulação de métodos, na qual os elementos então triangulados correspondem à narrativa que caracteriza e relata a experiência do estágio eletivo; a teoria, através de duas obras consagradas no campo da saúde coletiva, que são os atributos da atenção primária de Starfield (2002) e a taxonomia das necessidades de saúde elaborada por Cecílio e Matsumoto (2006) acrescidas da edição feita por Merhy (2007); as afecções que a vivência do estágio eletivo produziu no autor. Observou-se que o projeto da UBSF como um dispositivo da atenção básica se estabeleceu considerando grande parte do que se pensa sobre os atributos da atenção primária e as necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos. Aponta-se ainda que problemas na fixação profissional afeta o estabelecimento de vínculo usuário-equipe e seu acompanhamento ao longo do tempo. Além disso, há uma dificuldade da medicina científica em dialogar com práticas tradicionais e alternativas de cuidado. Por fim, reforça-se a necessidade de estudos sobre a organização dos serviços de saúde em diferentes contextos, como a amazônia ribeirinha, e sua visibilização. E ressalta-se que analisar e/ou avaliar projetos inovadores, como a UBSF, requer instrumentos analíticos e avaliativos também inovadores, sob o risco de que “aquilo que flutua também possa estar amarrado”.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde Fluvial. População ribeirinha. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

LIMA, Eduardo Fernandes Felix de. **Rede sobre as águas**: a saúde no contexto ribeirinho amazônico. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The objective of this work is to analyze the project of the Basic Fluvial Health Unit (UBSF) from the author's elective internship experience. The work of a fluvial family health team (eSFF) was monitored along 20 riverside communities on the Tefé and Curumitá rivers, in Amazonas. To contemplate the objective of the study, the research strategy known as triangulation of methods was used, in which the elements then triangulated correspond to the narrative that characterizes and reports the experience of the elective internship; the theory, through two renowned works in the field of collective health, which are the attributes of primary care by Starfield (2002) and the taxonomy of health needs elaborated by Cecílio e Matsumoto (2006), added to the edition by Merhy (2007) ; the affections that the experience of the elective stage produced in the author. It was observed that the UBSF project as a primary care device was established considering much of what is thought about the attributes of primary care and the health needs of individuals and/or groups. It is also pointed out that problems in professional retention affect the establishment of a user-team bond and its monitoring over time. In addition, there is a difficulty for scientific medicine to dialogue with traditional and alternative care practices. Finally, it reinforces the need for studies on the organization of health services in different contexts, such as the riverside Amazon, and its visibility. And it is noteworthy that analyzing and/or evaluating innovative projects, such as the UBSF, requires also innovative analytical and evaluative instruments, under the risk that “whatever fluctuates may also be tied up”.

Keywords: Fluvial health unit. Riverside population. Primary health care.

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos.....  | 35 |
| Quadro 2 - Análise geral do projeto da UBSF, de acordo com os Atributos da Atenção Primária, segundo a narrativa do relato de experiência do estágio eletivo ..... | 37 |
| Quadro 3 - Análise geral do projeto da UBSF, de acordo com as Necessidades de Saúde, segundo a narrativa do relato de experiência do estágio eletivo .....         | 50 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                   |   |
|-------------------|---|
| ACS               | Agente Comunitário de Saúde   |
| ACE               | Agente Comunitário de Endemias                                      |
| APS               | Atenção Primária em Saúde   |
| CNES              | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde                     |
| EPSJV/<br>FIOCRUZ | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fundação Oswaldo Cruz |
| eSFF              | Equipe de Saúde da Família Fluvial                                  |
| eSFR              | Equipe de Saúde da Família Ribeirinha                               |
| HRT               | Hospital Regional de Tefé   |
| IESC              | Instituto de Estudos em Saúde Coletiva                              |
| MS                | Ministério da Saúde   |
| NASF-AB           | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica                |
| PAB               | Piso da Atenção Básica  |
| PNAB              | Política Nacional de Atenção Básica                                 |
| RAS               | Rede de Atenção à Saúde   |
| RMSC              | Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva                      |
| UBS               | Unidade Básica de Saúde   |
| UBSF              | Unidade Básica de Saúde Fluvial                                     |
| UFRJ              | Universidade Federal do Rio de Janeiro                              |
| SUS               | Sistema Único de Saúde  |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>13</b> |
| 1.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA .....                             | 13        |
| 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E RELATO DO ESTÁGIO ELETIVO ..... | 16        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>3 OBJETIVOS .....</b>  | <b>28</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....  | 28        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                     | 28        |
| <b>4 METODOLOGIA .....</b>  | <b>29</b> |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                | <b>37</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>60</b> |

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela realização do presente trabalho teve origem a partir da minha vivência no contexto de estágio eletivo da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC), do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O estágio eletivo corresponde a um período de 30 dias, de caráter não obrigatório, como o próprio nome sugere, no qual o residente pode ter a experiência de viver a realidade da saúde coletiva, em qualquer âmbito, de acordo com sua escolha e interesse. Basta que, para isso, haja a devida articulação com o local de destino no qual a experiência ocorrerá, e a aceitação do mesmo em receber o residente.

O meu empenho pelo estudo da forma à qual os serviços se organizam e se estruturam para entregar, ao cidadão, o devido cuidado em saúde, se dá desde minha primeira formação no campo da saúde. Como trabalho de conclusão do curso técnico de Gestão em Serviços de Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), me debrucei sobre a Rede de Alta Complexidade Cardiovascular no Rio de Janeiro. Posteriormente, na intenção de pensar mais profundamente sobre Rede de Atenção à Saúde (RAS), desenvolvo meu trabalho de conclusão de curso da graduação em Saúde Coletiva sob o título de “Estudos Avaliativos de Redes: análise e classificação de indicadores utilizados”.

No intuito de dar prosseguimento às investigações da organização e estruturação dos serviços de saúde para responder às demandas dos seus usuários, penso ser importante observar a rede de saúde a partir de um outro local, de um ambiente distinto ao qual estou habituado como profissional da saúde e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Observação essa que me pudesse inspirar novas reflexões e a experimentação de outras propostas de organização da rede, e conformação dos serviços para o estabelecimento do cuidado em saúde, dado diferentes contextos geográficos, culturais e sociais, da diversidade de um país que tem a pluralidade como uma de suas características. Dessa forma, servindo-me da oportunidade e entusiasmo em poder vivenciar o estágio eletivo no SUS amazônico, como trabalho de conclusão da RMSC me dedico a estudar o dispositivo conhecido como Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), no contexto da saúde de comunidades ribeirinhas.

Tomo emprestado as expressões usadas por Brum (2019, p. 8) quando comenta sobre quando passou a viver em Altamira, no Pará. Prezando pela coerência com suas ideias, que a fez deslocar seu corpo e, com ele, sua experiência e seu olhar, considerarei também eu acertada a decisão de me deslocar para o contexto amazônico, no sentido da necessidade de “inverter o

ponto de vista” desde onde eu olhava para a RAS no Brasil. Ou como uma vez comentado pelo escritor José Saramago, “para conhecer as coisas há que dar-lhes a volta”.

O interesse por essa temática se efetiva por meio da seguinte questão de investigação: como a Unidade Básica de Saúde Fluvial contribui para a saúde de populações ribeirinhas?

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA

Desenvolver o trabalho da estratégia de saúde da família das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil significa operar segundo duas normativas: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). A questão da saúde de tais populações ganha destaque, no contexto do SUS, com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, por meio da Portaria MS/GM nº 2.866, em 02 de dezembro de 2011. No entanto, em 2014 tal Política ganha uma nova redação, incluindo o termo “águas”, passando a ser conhecida como Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), através da Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Por ser tratar de uma política de promoção de equidade em saúde, a PNSIPCFA foi contemplada na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Ela tem sua importância no reconhecimento das especificidades em se desenvolver o trabalho em saúde no contexto das referidas populações, visando o acesso ao serviço de saúde e à redução de riscos e agravos decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida, como prevê o seu texto.

A PNSIPCFA define tais populações como "povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra". E, neste contexto, destaca ainda as comunidades tradicionais, enfatizando os determinantes sociais e necessidades diferenciadas de populações específicas, dentre elas as ribeirinhas. Assim, contribui para que se pense soluções singulares para os desafios da assistência e do cuidado adequado à saúde dessas populações (BRASIL, 2013). Em outras palavras, a PNSIPCFA lança luz, no que tange à saúde, sobre a “ruralidade” do Brasil. No entanto, num país com a complexidade brasileira, podem haver “ruralidades muito distintas entre si” (KADRI *et al*, 2019).

São nas versões recentes da PNAB (2011 e 2017), entretanto, que se estabelecem os arranjos organizacionais para as equipes de saúde da família voltados para as especificidades locais existentes nos municípios da Amazônia Legal e pantanal Sul Mato-Grossense, singularizando suas “ruralidades”. Tais arranjos se referem às Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e às Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF). Em outras palavras, é

em 2011 que a questão da saúde ribeirinha é contemplada em parâmetros legais, permanecendo assim até os dias de hoje por meio da PNAB atualmente em vigor, de 2017.

Importante destacar a diferença entre eSFR e eSFF. De acordo com a PNAB, a distinção entre ambas diz respeito ao fato de que, no caso das eSFR, parte significativa de suas funções são realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS fixa, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita. Sua equipe multiprofissional é composta por 1 (um) médico, 1 (um) enfermeiro, e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem. Além disso, pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente Comunitário de Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal. Ademais, em casos de grande dispersão populacional, a PNAB prevê ainda que as eSFR possam contar com até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. Além disso, as eSFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de NASF-AB (BRASIL, 2017).

A mesma referência dispõe que, ainda para o caso das eSFR, nas ocasiões de existirem comunidades distantes da UBS de referência, tais equipes adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio. Destaca-se que as eSFR recebem incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s).

Já as eSFF desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais, responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial. Sua equipe multiprofissional é a mesma da eSFR, mas conta também com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. É previsto que a eSFF também adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias. A PNAB estabelece ainda que nas situações de comunidades

ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência de até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s), de maneira semelhante ao que é previsto para as eSFR (BRASIL, 2017).

Em resumo, pode-se dizer que a diferença essencial entre eSFR e eSFF está no fato de que a primeira é cadastrada em uma unidade básica de saúde física tradicional, de um território fixo, embora o acesso às comunidades se dê por via fluvial. No segundo caso, a eSFF desempenha suas atividades nas unidades básicas fluviais móveis, as UBSF.

A UBSF é uma embarcação do tipo balsa, sendo considerada na PNAB como uma unidade de saúde no âmbito da Atenção Básica. Sua estrutura recomendada é composta de consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipamento odontológico completo. Além disso, deve contar ainda com área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade (BRASIL, 2017).

Através de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), elenca-se 23 UBSF no país atualmente, sendo 17 no estado do Amazonas e 6 no estado do Pará. Ademais, o estudo de KADRI e colaboradores (2019) aponta que, de 2011 a 2016, 64 propostas para construção de UBSF haviam sido contempladas com financiamento do Ministério da Saúde (MS). E alguns municípios angariaram recursos através de emendas parlamentares. Sendo assim, 99 propostas de construção de UBSF de todos os estados da Amazônia Legal e região pantaneira haviam sido encaminhadas ao MS. Desse total, 26 propostas já haviam sido concluídas e/ou inauguradas, das quais 7 estariam em funcionamento. As demais estariam em processo de habilitação de custeio pelo MS.

Dadas as peculiaridades da Amazônia Legal, é “racional e lógico” conceber que o planejamento das ações públicas sejam coerentes e flexíveis o bastante para responder às peculiaridades desse território no qual coexistem distintos modelos de ocupação, sendo um deles o das populações ribeirinhas. A proposta da UBSF é uma iniciativa que vai de encontro com a consideração das singularidades do ambiente amazônico, sendo um importante modelo de assistência à saúde para a garantia da devida gestão do cuidado e da presença do SUS nesse contexto (KADRI *et al.*, 2019).

Ao se trabalhar com o tema da saúde no cenário da várzea, das águas, rios, igarapés e lagos que marcam o ambiente ribeirinho, não se pode ignorar a categoria analítica de políticas públicas conhecida como “território líquido”. Líquido no seu sentido físico. Nesse cenário, o rio não é entendido como um divisor delimitador espacial, tal como tratado pela geografia física. Por outro lado, é tido como um fator fundamental que conecta e liga pessoas, serviços e instituições. É pensar um território que tem o acesso aos serviços de saúde interferido pelo fluxo das águas (cheias e vazantes). Nesse caso, o território amazônico deve ser compreendido considerando suas “malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez não são como estradas, mas secam ou enchem, seguem ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar” (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016). O que requer políticas de saúde com estratégias diferenciadas, modelos de atenção à saúde múltiplos, adaptados às características geográficas amazônicas, que reconheçam o tempo-espaço ribeirinho, sem deixar de respeitar as questões macroestruturais que orientam a política de saúde existente (LIMA *et al.*, 2016; SCHWEICKARDT *et al.*, 2016). Sendo assim, nesse contexto o rio não figura como uma barreira ao acesso à saúde, mas como um elemento fundamental, uma solução para que as políticas públicas possam alcançar as populações ribeirinhas.

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E RELATO DO ESTÁGIO ELETIVO

A experiência de estágio eletivo que caracteriza o presente trabalho se deu no município de Tefé, localizado no centro da Amazônia Internacional, na região do Médio Rio Solimões. Estimou-se uma população de 59.849 habitantes em Tefé para o ano de 2019 e uma área territorial de 23.692 km<sup>2</sup>, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020). O principal meio de entrada e saída do município se dá por via fluvial. Sua distância de Manaus é de 540 km. Levando em consideração que pensar a distância e deslocamento na Amazônia é mais adequado através do tempo, sobretudo dependendo do tipo de transporte, a potência do motor e a sazonalidade do regime do rio (KADRI, 2019), tais 540 km significam, por vias fluviais, 12 horas de viagem de “lança rápida” ou 2 dias de barco convencional (regional). Ou então cerca de 50 minutos de avião. Estima-se que em torno de 20% da população do município vive em área ribeirinha, e o acesso a elas se dá quase que exclusivamente por via fluvial (BRASIL, 2019).

É nesse contexto que se desenvolve a vivência que aqui é relatada. Seu início se dá no momento em que embarco na Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) Vila de Ega, uma

embarcação do tipo balsa, no dia 30 de junho de 2019. Na minha companhia, havia outras duas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ), ao qual eu também fazia parte naquele momento. Fomos recebidos pelos profissionais aos quais estaríamos convivendo, por cerca de 20 dias, até a conclusão do trabalho de prestar assistência à todas as 20 comunidades ribeirinhas da área de abrangência daquela equipe. Tal equipe, multiprofissional, era composta de dois enfermeiros (responsáveis pela gerência da unidade de saúde), uma médica, uma dentista, dois técnicos de saúde bucal, uma técnica de laboratório, uma assistente social e cinco técnicos de enfermagem (distribuídos entre recepção, coleta de exames e procedimentos, imunização e farmácia). Além disso, para além da equipe de saúde havia uma cozinheira, uma trabalhadora responsável pela limpeza e quatro membros da tripulação, composto por dois responsáveis pela condução da balsa e da voadeira (sendo um deles o comandante) e dois responsáveis pela casa de máquinas da embarcação. Durante todo esse tempo estaríamos sem qualquer tipo de comunicação externa, tendo em vista que celulares não teriam cobertura e não haveria sinal de internet na região a qual adentraríamos, naquilo que Lavor (2020a) chama de Brasil profundo.

Vale destacar ainda que, para além da equipe que viaja na UBSF, cada comunidade possui seu respectivo ACS. Ademais, há ainda a presença de 12 microscopistas em comunidades estratégicas, tendo em vista a característica endêmica da região. O trabalho deste último se voltava ao controle vetorial de doenças como malária, dengue, doença de Chagas, filariose e febre amarela.

As viagens são programadas para acontecerem a cada dois meses. No entanto, esse período varia conforme o regime das cheias e vazantes do rio, já que nesse último caso, o trânsito da balsa fica comprometido por conta da baixa profundidade fluvial. Inclusive tivemos que adequar a nossa programação de estágio eletivo tendo em vista a urgência de começar a viagem da UBSF antes do período de vazante.

A estrutura da UBSF é dividida em 3 níveis. O primeiro ficava submerso, no qual localiza-se a sala de máquinas da balsa. O segundo diz respeito à unidade de saúde propriamente dita, composta por recepção com um banheiro para os usuários e outro para os funcionários; uma sala de atendimento odontológico; uma sala de atendimento médico; uma sala de atendimento de enfermagem; uma sala de procedimentos; um laboratório; uma sala de vacinas; uma farmácia. No terceiro nível ficam a sala de comando, dois banheiros, seis camarotes com duas beliches cada, uma cozinha/refeitório e uma lavanderia. Além disso, na parte mais alta da UBSF há uma espécie de terraço, no qual fica o reservatório de água.

Complementando a estrutura da UBSF, havia uma voadeira - espécie de embarcação menor que um barco, com estrutura e casco de metal, geralmente alumínio, composta com motor anexado à popa - que viajava amarrada na parte traseira da balsa, que dá suporte ao acesso a algumas comunidades e localidades nas quais a balsa da UBSF não consegue atracar ou trafegar, como em afluentes estreitos ou de baixa profundidade.

A viagem embarcado na UBSF Vila de Ega teve início no dia 30 de junho de 2019, quando saímos do porto de Tefé em direção à última comunidade ribeirinha, passando por todas as demais, mas sem parar para que fossem realizados os atendimentos. Pois seria mais fácil, por manobra náutica e respeitando o fluxo fluvial, fazer o movimento de “subir” todo o rio Tefé e só depois ir realizando pausas em cada comunidade rio abaixo, até retornar ao território fixo do município.

As comunidades ribeirinhas de Tefé são divididas por áreas, cada uma com sua respectiva equipe de saúde. A equipe de saúde a qual acompanhamos durante o período de estágio eletivo é a responsável pela assistência à saúde da denominada “área 21”, que cobre 20 comunidades ribeirinhas, além de algumas localidades, espalhadas pelos rios Tefé e Curumitá. Este último faz divisa com o município de Alvarães. A diferença entre comunidade ribeirinha e localidade se faz pelo número de habitações ou famílias. Enquanto na primeira há um maior número dessas, constituindo-se uma particular organização de vida em comunidade, na última encontram-se poucas habitações, poucas famílias e conseqüentemente um baixo número de indivíduos, não existindo, assim, uma organização comunitária propriamente dita. Ao todo, na área 21 contabiliza-se 2051 usuários, correspondendo a 432 famílias.

Comumente, a UBSF ancora em certa comunidade para o devido atendimento aos seus moradores. Já os moradores das localidades próximas, geralmente se dirigem à respectiva unidade em suas rabetas (espécie embarcação de madeira, menor que um barco, com um motor anexado à popa), meio de transporte predominante entre os ribeirinhos, que os fazem independentes dos barcos de linha. Em alguns casos, a própria voadeira da equipe de saúde busca e leva os usuários para o atendimento na UBSF.

Em ordem de atendimento feito pela UBSF, as comunidades visitadas e suas respectivas localidades cobertas pela equipe de saúde da área 21 são:

1. Comunidade Vila Moura

- Localidade Cajueirinho
- Localidade Deus me deu

2. Comunidade Abil
  - Localidade Santa Cruz de Baixo
  - Localidade Boca da Onça
  - Localidade Santa Cruz de Cima
3. Comunidade Boa Vista
4. Comunidade São Francisco do Itaúba
5. Comunidade Cacautuba
6. Comunidade Deus é pai
7. Comunidade Aranatuba
8. Comunidade São Francisco do Paxiubinha
9. Comunidade Ponta da Sorva
  - Localidade Monte São
10. Comunidade Barreira Branca
11. Comunidade São Tomé do Lago do Pente
  - Localidade Barreira do Pente
12. Comunidade Santa Maria do Boto
13. Comunidade Morada Nova
14. Comunidade Preciosa
15. Comunidade Bela Vista do Sapiá
  - Localidade Jacu
  - Localidade Peixe boi
  - Localidade Marimari
16. Comunidade São Raimundo do Sapiá
17. Comunidade São Raimundo do Moquental
18. Comunidade Tauary
19. Comunidade Piraruiaia
20. Comunidade São Sebastião do Turé

Ao longo das comunidades, existem 4 pontos de apoio, que se encontram nas comunidades de São Francisco do Itaúba, Ponta da Sorva, São Tomé do Lago do Pente e Bela Vista do Sapiá. Cada um desses pontos de apoio conta com um profissional técnico de enfermagem que dá suporte e facilitação nas questões de saúde das comunidades, sobretudo nos períodos de seca extrema que impossibilitem o tráfego da balsa, garantindo assim a continuidade das ações de saúde na ausência da UBSF. Esses 4 pontos de apoio são referência

e cobrem um conjunto de comunidades e localidades, de acordo com sua proximidade em relação a elas.

Após mais de 24 horas de viagem ininterrupta, chegamos à primeira (ou última) comunidade, Vila Moura. Geralmente, quem recebia a equipe de saúde na comunidade era o respectivo líder comunitário e/ou o ACS local. O processo de trabalho da equipe de saúde que se desdobrou ali, e que se desdobraria em todas as demais comunidades após nossa chegada consistia em, primeiramente, alguns profissionais que adentravam o local, visitavam algumas casas e convocavam os moradores. Em alguns casos, o próprio ACS já organizava tal convocação, facilitando o trabalho. Em seguida, os moradores eram reunidos, geralmente na escola comunitária, para ações de educação em saúde, conferência da carteira de vacinação para atualização vacinal, imunização, distribuição de escovas de dentes e ensino de como usá-las. Após isso, os usuários se dirigiam à UBSF para atendimento odontológico, de enfermagem ou médico, de acordo com suas necessidades e/ou demandas. De um modo geral, os ACSs organizavam e selecionavam previamente os usuários para atendimento na UBSF, respeitando os grupos prioritários como idosos, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos.

Pelo fato da viagem ter começado no último dia de um mês e, conseqüentemente, termos chegando à primeira comunidade no início de outro mês, encontramos muitas comunidades esvaziadas, inclusive sem a presença dos próprios líderes comunitários e ACSs. Além disso, em certas localidades a UBSF nem atracou por não haver nenhum morador naquele momento. Isso porque nessas épocas muitos moradores de comunidades ribeirinhas se deslocam à sede do município por diversas questões. Uma delas, o recebimento do benefício do Bolsa Família. Esse fenômeno perdurou pelos primeiros dias da viagem, afetando o número de usuários atendidos nas primeiras comunidades visitadas. Tal fato gerava uma preocupação na equipe no sentido de que haviam metas de atendimentos a serem atingidas, principalmente para grupos específicos e prioritários. Com o esvaziamento comunitário, o atingimento de algumas metas podia ser prejudicado no final da viagem.

Para além do esvaziamento comunitário, observamos também que o acesso à saúde esbarrava na dinâmica comunitária, que em alguns casos não favorecia o comparecimento de alguns moradores à UBSF. Isso se dava por conta de atividades rotineiras como o trabalho na roça, a caça e a pesca, como podemos observar em algumas situações.

Durante o período da viagem, acompanhamos as ações da equipe de saúde tanto nos territórios quanto no trabalho clínico nos consultórios, o que envolvia desde as ações de imunização e educação em saúde, até os atendimentos de enfermagem, médico e odontológico. Além disso, nos debruçamos na consolidação das características

sociodemográficas das comunidades, dos dados epidemiológicos e da produção diária realizada, ao final de alguns expedientes. Tais consolidações se somavam ao nosso trabalho de compreensão do território e suas características, complementando a ideia de organização de uma espécie de diagnóstico situacional de saúde para cada local.

Nos territórios das comunidades ribeirinhas, nos empenhamos na elaboração de mapas para cada comunidade visitada, destacando as moradias, aspectos geográficos, ambientais, sociais e todos os equipamentos e estruturas comunitárias (recursos) existentes, bem como questões de saneamento, destino do lixo e fonte de água. Além disso, sinalizávamos os problemas identificados em cada comunidade e suas áreas de risco. Tudo isso no sentido de compreender o território e a comunidade de uma forma holística, como forma de auxiliar a equipe no que seria um processo inicial de territorialização, algo que na Saúde Coletiva se entende como estimativa rápida para uma espécie de diagnóstico da área. Nesse sentido, pudemos notar homogeneidades e discrepâncias entre as comunidades.

O tamanho populacional e territorial/espacial era bastante discrepante entre as comunidades, bem como a estrutura etária entre elas. Em algumas havia um número menor de famílias e moradias. Em outras, a estrutura local era composta de mais de uma fileira de moradias. Havia ainda aquelas que ocupavam um espaço relativamente grande de terra destinada a plantações e cultivos. Em uma delas a disposição organizada das moradias formava algo que lembrava uma viela. Nessas comunidades maiores, inclusive, era possível encontrar certo tipo de “vendinha”, mesmo que raras, para a compra de alguns produtos básicos do cotidiano. Um número extremamente restrito de comunidades também contavam com um “orelhão”. No entanto, seu uso só era possível depois de um certo horário da manhã, já que era alimentado por um painel solar e este, naturalmente, precisava de tempo de exposição ao sol suficiente para acumular energia que permitisse o funcionamento telefônico. Enquanto algumas comunidades enterravam seu lixo, outras o queimavam. Quanto à fonte de água, em certos locais haviam poços. Já em outros, a água usada para consumo era proveniente do próprio rio ou de igarapés próximos. Em outros casos a água era até proveniente de outras comunidades. Outro equipamento que se fazia presente em poucas comunidades era o Centro de Convivência, Centro Comunitário ou Centro Cultural, denominação que variava entre as áreas, mas que diz respeito a um espaço semelhante a um palanque ou palco, destinado a atividades culturais, de um modo geral. Apesar dessas diferenças entre as comunidades, em muitos outros aspectos encontrávamos certas semelhanças entre os locais visitados.

As construções ribeirinhas das áreas visitadas são confeccionadas em madeira, semelhante a palafitas. No entanto, era possível observar que muitas das igrejas das comunidades tinham pelo menos alguma de suas partes construídas em alvenaria. Diferente da grande maioria das casas, os equipamentos comunitários como as igrejas, espaço do microscopista, ponto de apoio e escolas possuíam uma coloração diferenciada, o que lhes conferia uma singular identificação no meio das outras construções. De uma maneira geral, as comunidades ribeirinhas visitadas contavam com um gerador de energia elétrica. No entanto, seu funcionamento era restrito às primeiras horas da noite até um limite de horário por volta das 22:30h, quando era desligado, no intuito de economizar o diesel que mantinha o seu funcionamento. Além disso, antenas parabólicas eram uma constante nas comunidades. Vale destacar também a presença de campos de futebol e pequenos espaços de lazer em muitas delas. Notável e comum também era a presença das casas de farinha, locais de produção desse importante alimento para a economia e a subsistência de muitas comunidades, além da caça e da pesca. Outra semelhança que chamava a atenção na maioria dos locais pelos quais passamos era com relação à quantidade de animais, principalmente gatos, cachorros, galinhas e patos.

A mera observação dos equipamentos e estruturas existentes não era suficiente, presumivelmente, para compreender toda a vida que existia atrás daquela organização comunitária. Sendo assim, muito da dinâmica daqueles ambientes foi possível através de conversas com alguns comunitários, seja dentro da comunidade ou durante a fila de espera por atendimento na recepção da UBSF. Nestas conversas livres, evidenciaram-se questões como cultura, crenças e hábitos presentes nas comunidades, além de suas redes sociais. Por exemplo, foram nessas conversas que identificamos períodos do ano em que comemora-se o Divino Espírito Santo, festa conhecida popularmente como “Festa do Divino”, além de outras festividades, a depender da tradição e crenças de cada comunidade especificamente. Tais festividades recebem, comumente, a presença de moradores de outros locais. Além disso, há ainda os campeonatos de futebol disputados entre as comunidades. Esta última atividade, inclusive, foi a responsável por encontrarmos um baixo número de homens em uma das comunidades visitadas. Pois no dia em que lá chegamos havia sido marcado a semifinal do campeonato, o que motivou os homens a se deslocarem à comunidade onde seria disputado o jogo. E as mulheres que estavam na comunidade naquele momento assim o fizeram porque já estavam à espera da chegada da UBSF.

Ao analisarmos o perfil dos atendimentos feitos pelos profissionais da equipe de saúde, pudemos notar um certo padrão de agravos. Os casos mais comuns diziam respeito às

infecções do trato urinário (ITU), agravos dermatológicos e parasitoses, muito associadas à dificuldade no acesso ao saneamento básico, abastecimento de água tratada e práticas inadequadas de higiene, o que concorria para o acometimento por doenças de veiculação hídrica e parasitoses intestinais. Além disso, eram sempre muito elevados os atendimentos feitos pela saúde bucal, principalmente relacionados à extração dentária. Em outros casos, alguns usuários se queixavam de “dores no quarto” e dores osteomusculares, o que sugeria terem adquirido tais incômodos por conta do tipo de trabalho praticado na roça, através de seus relatos. Mesmo que, para eles, essa associação não era tão clara.

Os atendimentos feitos pela equipe da UBSF não seguiam exatamente o horário comercial estabelecido nas unidades de saúde urbanas, sendo comum a realização de horários estendidos de atendimentos, sem folgas semanais ou em possíveis feriados. Não há um tempo preestabelecido para realizar os atendimentos nas comunidades. A orientação é que o trabalho seja realizado independente do tempo necessário para a completude do mesmo. Além disso, não havia um horário definido para chegada da UBSF às comunidades. Isso significa que, encerrando as atividades em uma comunidade, dirigia-se à próxima, independente do horário. Caso chegássemos a uma comunidade no período noturno, a balsa era atracada e aguardávamos o amanhecer do dia seguinte para realizar os atendimentos aos moradores. Nesses casos, as ações de saúde começavam pontualmente às 7 horas da manhã. Atracar a balsa à noite configurava uma dificuldade e risco maiores aos profissionais tripulantes, tendo em vista a menor visibilidade do terreno e, conseqüentemente, a menor percepção de possíveis animais que oferecessem algum perigo.

Sabidamente, muitos povos da região amazônica traduzem práticas alternativas e tradicionais de cuidado em saúde, que concorrem com o saber biomédico científico hegemônico. Nesse sentido, nossa experiência em um ambiente do contexto de populações da floresta e das águas se deu baseado em expectativas de reconhecer tais práticas no dia a dia ribeirinho. Acreditávamos ter contato com o trabalho de raizeiras, benzedadeiras, curandeiras e parteiras, por exemplo. Todavia, para nossa surpresa, essas práticas alternativas e tradicionais de saúde não ficaram evidenciadas durante nosso período nas comunidades ribeirinhas, em um primeiro momento.

Aquele trabalho de prestar assistência às 20 comunidades ribeirinhas em uma viagem que duraria por volta de 20 dias levou, de fato, apenas 13 dias. O fato de encontrarmos muitas comunidades com um número reduzido de moradores fez com que levássemos menos tempo nos atendimentos, naturalmente. No dia 13 de julho finalizamos o trabalho nas últimas

comunidades, no período da tarde, e retornamos à sede do município. À noite, atracamos no porto da cidade de Tefé.

Sendo sujeitos que carregavam consigo experiências no SUS, seja como residentes e/ou usuários, a partir de um “avesso do mesmo lugar”, com características distintas àquela que ali presenciávamos, inevitavelmente elaborávamos comparações entre esses diferentes “Brasis” que forma o país. E uma dessas comparações suscitou uma importante indagação. Uma vez que é a UBSF que vai ao encontro dos usuários, e não o contrário podemos pensar: quem é o promotor do cuidado, do acesso à saúde? É a equipe de saúde que deve se adequar à comunidade ou vice versa? Quem tem o controle sobre as portas que se abrem ou se fecham para o acesso?

## 2 JUSTIFICATIVA

Como apontam PEREIRA *et al.*, (2019, p. 94), é relativamente novo o estabelecimento de equipes de saúde voltadas para a atenção à saúde de populações ribeirinhas, tendo em vista que só em 2012 elas entram no horizonte da PNAB. Desde então, poucas são as pesquisas, publicações científicas e trabalhos acadêmicos que se debruçam sobre a atuação dessas equipes. Seus registros cotidianos possuem poucas possibilidades de divulgação e estudo, pois ficam registrados apenas nas ações locais. Sendo assim, a mesma referência afirma que há certo “ineditismo” nas reflexões que confrontam as especificidades ribeirinhas com políticas públicas para o contexto amazônico. Ressalta ainda a necessidade de ser compartilhado o que chama de “um novo modelo de produção do conhecimento”, que saliente as experiências locais relativas às concepções de vida e de mundo da população investigada, com teorias ajustadas à realidade local e que evidencie as “multiplicidades existenciais presentes no território”. Assim, abordar o trabalho de equipes que se dedicam à saúde de populações ribeirinhas amazônicas significaria dar visibilidade a esse contexto, tornar visível sua atuação em situações distintas daquelas hegemônicas urbanas. Desse modo, tomando como referência o pensamento de MENDONÇA (2015), dar visibilidade ao invisível é uma questão de justiça, pois não se pode fazer justiça ao que é invisível. “A justiça é visibilidade”.

Em parte, a invisibilidade aqui tratada se deve ao fato de que muito se fala “para a Amazônia”, e não com a Amazônia. Pois quando nela se fala, o tema é geralmente a preservação e/ou uma visão naturalista e seu conjunto de ecossistemas (SOUZA, 2019). O que é importante e legítimo. Entretanto, também é crucial que se dê a devida visibilidade às capacidades inventivas que vem sendo produzidas por gestores, trabalhadores, pesquisadores, usuários, docentes e estudantes que se fazem presentes nos mais diversos territórios que “apresentam a dinâmica das tantas amazônias que são visíveis e presentes, mas, ao mesmo tempo, invisíveis e ausentes” (SCHWEICKARDT, 2019). Como diz um trecho da música composta por Aldir Blanc e Maurício Tapajós, bastante divulgada como lembrança e homenagem, recentemente, por ocasião do falecimento do primeiro, “o Brasil não conhece o Brasil / o Brasil nunca foi ao Brasil”.

Urge então a necessidade de reinventar a ação social, principalmente em regiões que não os centros hegemônicos, tendo em vista sua diversidade cultural, que mantém-se invisível ao conhecimento do mundo. Nesse raciocínio sugere-se, por meio da sociologia das ausências, a transformação dessas ausências em presenças, rechaçando análises epistemológicas

reducionistas de exclusão e hierarquização de realidades globais (SANTOS, 2007). Em outros termos, a produção do saber não deve ser baseada por padrões científicos que façam relações de valor e poder entre culturas, a partir de um padrão global de referência. Assim, visibilizar certos grupos culturais significaria torná-los existentes e potentes, na medida em que se valoriza seus aspectos culturais, seu poder de decisão e sua autonomia. Dessa forma, a sociologia das ausências superaria a “monocultura do saber científico dominante, centrada no universalismo e na globalização, no tempo linear e na naturalização das diferenças” (SANTOS, 2007 *apud* PEREIRA, 2019).

Muitas vezes a Amazônia é retratada como o lugar da ausência e da falta. E também da vulnerabilidade, da incipiência, da inexistência e da ausência no que tange à implantação de políticas sociais. Porém, é necessário que se olhe para essa região como um ambiente de potência das pessoas que lá vivem, trabalham e circulam. Lugar de inovação e capacidade inventiva, de compromisso com a valorização de experiências locais que surgem a partir de encontros, e toda a dinâmica gerada a partir daí. Além disso, como lugar de aprendizado e de ensino de estratégias de realização e tecnologias de produção do cuidado sobre redes formais e informais. (SCHWEICKARDT, 2016; PEREIRA, 2019).

Abordar a saúde na Amazônia significa ainda tratar de locais muitas vezes constituídos por uma rede de rios, lagos, paranás e igarapés. Ou seja, locais que se modificam de acordo com o ciclo das águas (cheias e vazantes). E embora a população da Amazônia Legal corresponda a “apenas” 12,83% do total nacional, isso significa cerca de 23,55 milhões de habitantes e, territorialmente, mais da metade (61%) do território brasileiro, segundo dados do IBGE. Para uma grande parte dessa área, o acesso se dá por meio de embarcações. No entanto, usualmente os serviços de saúde são orientados, pelas políticas e por gestores, para territórios fixos. Assim, não são necessariamente apropriadas a certos contextos específicos. Por isso, aponta-se para uma prática em saúde que seja móvel, “que siga o fluxo das águas”, no sentido de adequadamente corresponder às necessidades e problemas de saúde de territórios que existem e são organizados na mobilidade e fluidez, como no caso das comunidades que vivem nas margens dos rios (BARBOSA, 2018). Nesse sentido, é de suma importância estudos e análises que se dediquem a avaliar e refletir sobre a adequação de políticas públicas para realidades singulares, tais como as existentes no contexto da Amazônia.

Nos dias atuais são imperiosos os estudos que desenvolvam análises acerca dos desafios que é desenvolver a assistência à saúde, nas suas mais diversas modalidades, e para populações, das mais diversas características, espalhadas pelo país. Sobretudo estudos que

tenham como foco a APS, tendo em vista sua posição de centralidade que ocupa na constituição da RAS no âmbito do SUS. O que se justifica pelo fato das preocupantes mudanças sofridas pela saúde nos últimos anos, principalmente aquelas ligadas ao seu financiamento. Como exemplo disso, mais recentemente o Brasil, o país “onde tudo é possível” (BRUM, 2019), observou o lançamento do Programa Previne Brasil, que muda a forma como o Governo Federal distribui recursos aos municípios. Ou seja, muda-se a lógica de financiamento da APS até então em vigor. Dessa forma, são necessárias análises que resgatem e exponham como se desenvolve o cotidiano real dos serviços de saúde, principalmente aqueles mais próximos da vida das pessoas, tal como a APS. E assim, destriquem as originalidades de se trabalhar a saúde em diferentes ambientes, suas lógicas específicas de funcionamento, seus desafios etc. Munidos de um aprofundamento do que é fazer saúde no Brasil, podemos melhor olhar para as políticas geradas nos gabinetes ministeriais - geralmente pautadas para territórios fixos - e analisá-las sob uma perspectiva crítica que seja capaz de avaliar sua pertinência e implicações frente aos distintos modos de existências, tais como aqueles dos territórios líquidos. E assim, ponderar a sustentabilidade da APS em determinadas situações.

Enfim, procura-se, nesse trabalho, somar conteúdos às outras “poucas”, importantes e necessárias contribuições na literatura sobre a constituição de redes de atenção à saúde de populações ribeirinhas. Pretende-se, então, criar e avançar numa bibliografia capaz de nos auxiliar a compreender a situação presente no que tange à saúde dessas populações em “condições extremas”, e a inspirar estudos futuros neste tema.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o projeto da Unidade Básica de Saúde Fluvial a partir da experiência do estágio eletivo.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar uma matriz analítica para análise do projeto da Unidade Básica de Saúde Fluvial;
- Analisar o projeto da Unidade Básica de Saúde Fluvial à luz dos atributos da atenção primária à saúde;
- Analisar o projeto da Unidade Básica de Saúde Fluvial à luz da taxonomia operacional das necessidades de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Para a contemplação dos objetivos do presente trabalho utilizou-se da estratégia de pesquisa conhecida por triangulação de métodos. Como afirma Minayo (2005), a triangulação não é um método em si. Mas sim uma “estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares”. Dessa forma, através dessa estratégia pode-se combinar métodos, técnicas, teorias, dados e investigadores. Em outras palavras, triangular significa combinar e cruzar múltiplos pontos de vista, de uma maneira tal que integra a visão de vários informantes e emprega uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha a pesquisa. A mesma referência salienta que tal abordagem teórica deve ser utilizada quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Como nos mostra Minayo (2005), o conceito de triangulação tem origem no interacionismo simbólico. Assim, representa a combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de diferentes informantes e a aplicação de uma diversidade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação.

A lógica da triangulação de métodos tem a pretensão de ir além das duas formas de abordagem mais clássicas, a positivista e a compreensiva. Denzin (1973 *apud* MINAYO, 2005) aponta a contribuição da triangulação metodológica como instrumento de percepção da realidade sob diversos ângulos. E ainda, que tal prática permite maior clareza teórica e possibilita uma discussão interdisciplinar interativa e intersubjetiva.

Sendo assim, a triangulação aqui realizada se materializa no confronto de três elementos que, conjugados, cumprirão com a proposta do trabalho. O primeiro elemento diz respeito à narrativa que caracteriza e relata a experiência do estágio eletivo, realizada na parte introdutória deste trabalho. O segundo elemento corresponde à teoria, através de duas obras consagradas no campo da saúde coletiva: os atributos da atenção primária de Starfield (2002) e a taxonomia das necessidades de saúde elaborada por Cecílio e Matsumoto (2006) acrescidas da edição feita por Merhy (2007). Por fim, como terceiro elemento da triangulação, as afecções que a vivência do estágio eletivo produziu no autor.

Através dessa estratégia de pesquisa, pretendeu-se entender em o quê a proposta da UBSF contribui e quais respostas ela dá para a população ribeirinha, estabelecendo um diálogo entre a narrativa originada de uma vivência, os afetos produzidos nessa experiência e

dois referenciais teóricos consagrados na saúde coletiva. Dessa maneira, trata-se da integração de distintos aspectos e o desafio de confrontá-los para que se possa avançar na capacidade de análise dessa proposta inovadora no SUS, conhecida como UBSF.

Quando se pensa, por exemplo, no primeiro elemento que compõem a triangulação, a narrativa originada da experiência do estágio eletivo, sua validade é produzida através do processo de objetificação-subjetivação descrito por BUBER (2001). Tal autor discorre, na Primeira Parte de sua obra, sobre o que chama de “palavras-princípio Eu-Tu e Eu-Isso”, duas atitudes que traduzem e definem o modo de existir do homem no mundo. No primeiro caso, o autor explica que o Eu-Tu diz respeito ao mundo da relação imediata, na qual há uma reciprocidade e uma dialogicidade, que ocorre no “face-a-face”. É um ato essencial do homem. Uma relação ontológica. Assim, o Eu do Eu-Tu designa pessoa. O Eu como pessoa, na momentaneidade instantânea da vivência do modo Eu-Tu de sermos, é ação e participação, atualidade e presença. E aparece quando da relação com a alteridade. É a forma da vinculação na dialógica da atualidade e da presença de uma relação Eu-Tu. Em outras palavras, é a participação no agir de uma ação e que é a vivência do desdobramento e compartilhamento do processo de produção de possibilidades e sentidos. Nesse caso, o Eu do Eu-Tu participa, é ator, mas não controla, não se apropria.

O outro modo de existir do homem no mundo, o Eu-Isso, segundo Buber se refere ao mundo da experiência, do conhecimento. Nesse caso, há o distanciamento do Tu, já que no momento em que se apropria de algo para a constituição de saberes, o Eu não se faz presente em uma relação, mas sim em uma experimentação. Em outros termos, o Eu-Isso é a experiência e a utilização do outro como objeto. Instaura-se, nesse caso, uma experiência e uma atitude objetivante. O Eu-Isso é enunciado pelo Eu como sujeito de experiência e utilização de algo. (BUBER, 2001). Aqui, esse Eu usa a palavra para conhecer o mundo - que é objeto de uso e experiência - “para impor-se diante dele, ordená-lo, estruturá-lo, vencê-lo, transformá-lo”. Dessa forma, a inteligência, o conhecimento e a experiência seriam a apreensão do ser como objeto. Assim, o Eu do Eu-Isso é o egótico. Não participa e não tem vinculação. É separação e experimentação e uso do outro como objeto.

Na relação Eu-Tu e Eu-Isso, o primeiro é primordial e precede a segunda. Consequentemente, o Isso é posterior ao Tu. Pois primeiramente há uma relação, uma contemplação, caracterizada pelo Eu-Tu, que é anterior ao conhecimento. Dessa forma, a abordagem reflexiva, cognoscitiva de objetos, ou seja, o Isso, só pode existir uma vez que se passa pelo lugar ontológico de encontro entre dois seres, o Eu-Tu. Em outras palavras, a inteligência, o conhecimento conceitual que analisa um dado ou um objeto é consecutivo à

intuição do ser. Buber afirma, então, que o Eu-Isso é posterior ao Eu-Tu. Enquanto a palavra Eu-Tu, aqui, seria o esteio para a vida dialógica, o Eu-Isso instaura o mundo do Isso, o espaço e o suporte da experiência, do conhecimento, da utilização (BUBER, 2001).

Importante destacar que, no pensamento de Buber, o Tu não tem o significado simplista de pessoa. Isso porque o Eu-Tu não se dá tão somente na relação interhumana. Existem diversas maneiras de Eu-Tu nas quais o Tu pode ser qualquer ser, desde que esteja presente no que Buber chama de “face-a-face”. Assim, o Tu pode ser, como exemplos, um homem, Deus, uma obra de arte, uma pedra, uma flor, uma peça musical. Da mesma maneira, o Isso não tem, simplesmente, o significado de coisa ou objeto. Mas pode ser qualquer ser considerado um objeto de uso, de conhecimento, de experiência de um Eu (Idem).

Tomando como base o pensamento de Buber, no momento do estágio eletivo viveu-se o Eu-Tu, na medida em que se esteve numa relação imediata, na reciprocidade e dialogicidade com outro ser. No caso da vivência que origina o presente trabalho, o Tu do meu Eu se materializa nas populações ribeirinhas. Ou seja, o Eu-Tu aqui se refere ao lugar ontológico da relação do residente (Eu) com as populações ribeirinhas (Tu). O contexto em que me encontrei no que, popularmente, se chama “tête à tête” no referido ambiente.

Naturalmente, cada Tu é fadado, por essência, a tornar-se uma coisa ou sempre retornar à coisidade (BUBER, 2001). Assim, o que se apresentou como Tu na ocasião do estágio eletivo, se veste agora de Isso, neste trabalho, para tornar-se “descritível, decomponível, classificável... uma soma de qualidades”, configurando a palavra-princípio Eu-Isso, um experienciar centrado no que Buber chama Eu egocêntrico. Dessa maneira, o Eu coloca-se diante das coisas. E não mais em confronto com tais coisas como na dinâmica da ação recíproca do Eu-Tu. As qualidades concernentes ao Tu foram acumuladas em memórias. E agora essas qualidades, reveladas ao Eu na relação Eu-Tu, são resgatadas da lembrança. Deixando de ser Tu, se tornam Isso, já que o Tu “não conhece nenhum sistema de coordenadas”.

O que se quer dizer, então, é que o sujeito aqui retratado neste trabalho diz respeito às populações ribeirinhas visitadas na ocasião do estágio eletivo, naturalmente. E esse sujeito agora objetifica-se, na medida em que passa a ser estudado, classificado, objeto de conhecimento e experiência. Porém, apesar de objetificado, tal sujeito continua sendo sujeito.

Com relação ao segundo elemento que compõem a triangulação, a teoria, destacam-se duas obras consagradas no campo da saúde coletiva.

A primeira delas diz respeito às contribuições de Barbara Starfield que, na literatura sobre atenção primária, gozam de elevado prestígio. Uma de suas obras clássicas discorre

sobre o que denomina como atributos essenciais e derivados da atenção primária. No primeiro caso, destacam-se 4 atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Já os atributos derivados são orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (STARFIELD, 2002).

A referida autora afirma que a atenção ao primeiro contato, o primeiro atributo essencial, implica acessibilidade e uso do serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se busca atenção à saúde. Ou seja, envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção. Considera-se que o “uso” de profissionais da atenção primária ao invés de especialistas para a atenção ao primeiro contato, provavelmente, provoca uma atenção mais adequada, melhores resultados de saúde e custos totais mais baixos. Operacionalmente, o primeiro contato pode ser entendido como porta de entrada dos serviços de saúde, desde que a população e a equipe de saúde reconheçam tal serviço como o primeiro recurso a ser procurado em caso de alguma questão de saúde.

No que tange ao atributo da longitudinalidade, este pressupõe a existência de um aporte regular de atenção pela equipe de saúde para com os usuários e seu “uso” ao longo do tempo. Ademais, esse atributo preconiza que o vínculo do usuário com sua fonte de atenção deve ser refletido em laços interpessoais de longa duração que retratem a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde. Em outras palavras, a longitudinalidade significa que os usuários identificam uma fonte de atenção como “sua”. Nessa “parceria sustentada”, deve ser cultivado o tratamento do usuário como uma pessoa completa, cujos valores e preferências são levados em consideração. Dita de outra forma, a longitudinalidade pressupõe a existência de profissionais de saúde médico e não médico habituais e sua respectiva “utilização”, em uma atenção orientada para o usuário. A esse atributo essencial estão associados diversos benefícios, dentre eles a “menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo mais baixo” (STARFIELD, 2002).

Com relação ao atributo da integralidade, este implica que as unidades de atenção primária disponham de arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, ainda que alguns deles não sejam oferecidos eficientemente dentro dessas unidades. Isso quer dizer que pensar em integralidade, para além da prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população em diversos campos, inclui o encaminhamento do usuário a serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte

fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Ou seja, inclui ainda a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde. Pois ainda que a atenção primária seja o nível de atenção que melhor possa interpretar as questões que se estabelecem no contexto histórico e social do usuário, figura apenas como um componente dos sistemas de saúde, sendo necessária uma rede de serviços em diferentes níveis que funcione de maneira integrada e articulada para o cuidado das demandas de saúde da população. Dessa forma, deve agir como um agente para a prestação de serviços para os problemas que necessitem ser sanados em outros pontos de atenção. Isso requer que a atenção primária reconheça a variedade de necessidades relacionadas à saúde do usuário e, assim, disponibilize os respectivos recursos para contemplá-las (Idem).

O último atributo essencial, a coordenação, expressa a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. Além disso, se articula com a função da APS de ser o centro de comunicação da RAS. Seu objetivo pode ser descrito como a integração de todos os serviços à saúde, onde quer que tenham sido realizados. A essência deste atributo está na disponibilidade de informações sobre problemas e serviços anteriores, conjugado ao reconhecimento dessa informação, tendo em vista sua relação às necessidades para o presente atendimento. O que requer tanto um meio para a transferência dessas informações quanto o reconhecimento delas. Starfield (2002) afirma que o desenvolvimento de políticas referentes à coordenação da atenção é um desafio e “depende do desenvolvimento de mais conhecimento a respeito do processo de encaminhamento da transferência de informações derivados dos encaminhamentos e do quanto os médicos de atenção primária reconhecem estas informações”. Nesse caso, alcançar a coordenação da atenção requer um mecanismo de transferência de informações sobre os problemas do usuário ou da atenção recebida para tais problemas. A dificuldade do alcance da coordenação se dá pela multiplicidade de tipos de motivos para encaminhamentos e dos obstáculos técnicos na transferência e reconhecimento de informações produzidas em diferentes ambientes.

No tocante aos atributos derivados, o primeiro deles diz respeito à orientação familiar, que pressupõe foco na família, considerando-a como sujeito da atenção, o que requer a interação da equipe de saúde com essa “unidade social” e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. Com relação à orientação comunitária, expressa-se o reconhecimento das necessidades de saúde das famílias, em virtude do contexto físico, econômico e social presentes. Isso requer a realização de análise situacional das necessidades de saúde através de uma perspectiva populacional e a intersectorialidade no enfrentamento dos determinantes

sociais de saúde. Por fim, a competência cultural se refere à relação entre equipe de saúde e população que respeite as singularidades e especificidades culturais, bem como as preferências dos usuários e suas famílias (STARFIELD, 2002).

A segunda obra que compõe o elemento relativo à teoria, aqui utilizado na triangulação metodológica, se refere ao trabalho em que Cecílio e Matsumoto (2006) propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde como forma de analisar a experiência do Plano de Atenção à Saúde (PAS) em uma unidade básica de saúde de São Paulo. Tal taxonomia foi construída em torno de quatro conceitos, sendo eles:

- Necessidade de boas condições de vida;
- Necessidade de ter acesso garantido a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida;
- Necessidade de ter vínculo com uma equipe ou profissional de saúde;
- Necessidade de ter autonomia “no modo de andar a vida”.

Os autores optaram por utilizar o atendimento das necessidades de saúde como “analisador” dos usuários, pois, como afirmam, acreditaram que a avaliação do quanto tais necessidades eram consideradas ou não no PAS davam um lugar de centralidade para os usuários, que seriam a “razão última de ser dos serviços de saúde”. Para tanto, adotaram uma taxonomia das necessidades de saúde construída com determinados conceitos descritivos e operacionais e sua devida reconceitualização, baseado em múltiplas perspectivas teóricas, a fim de que pudessem manifestar a dialética do individual e do social.

Ademais, consideraram que a utilização de uma taxonomia mais operacional de necessidades de saúde teria a capacidade para responder às suas perguntas de investigação, demonstrando que a teoria seria potente para orientar a investigação. Acrescentam ainda que, com base em Stotz (1991), a lógica era entender como o conceito de necessidade de saúde, delimitado teoricamente, podia ser útil no processo de conhecimento.

Em outro trabalho, refletindo sobre o que denomina “ator usuário” e o quanto ele expressa um mundo de necessidades muito abrangentes, Merhy (2007) utiliza-se da taxonomia das necessidades de saúde de Cecílio e Matsumoto (2006), mas acrescentando mais um conceito, que diz respeito ao tema da Necessidade em ser reconhecido como singular. Além disso, dá alguns exemplos possíveis para cada um dos eixos, conforme observa-se no quadro a seguir.

**Quadro 1 - Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos**

| Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos   | Algumas ideias sobre os seus significados  |
|---|--|
| Necessidade de boas condições de vida   | boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão  |
| Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença  | ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído  |
| Garantia de acesso à todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida                        | sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida               |
| Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)     | poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema |
| Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida (construção do sujeito) | ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.  |

Fonte: Merhy (2007).

É imprescindível definir, ainda, o que aqui se denominou de afecções, equivalente ao terceiro elemento que constitui a triangulação realizada neste trabalho. Por afecções entende-se todo estado, condição ou qualidade que consiste em sofrer uma ação ou em ser influenciado ou modificado por ela. Ou seja, afecção exprime a noção de uma modificação sofrida, isto é, de qualidade ou condição produzida por uma ação externa. Ainda que esse termo tenha, muitas vezes, sua aplicação relacionada a emoções e afetos, não tem necessariamente conotação emotiva. Isso porque seu uso predominante na tradição filosófica expressa sua maior generalidade, extensivo a toda determinação que apresente caráter de passividade ou que possa de qualquer modo ser considerada uma qualidade ou alteração sofrida (ABBAGNANO, 2007). Portanto, afecção é aqui entendida simplesmente como uma ação exterior que muda o estado de algo.

Nesse sentido, a vivência do estágio eletivo, o confronto com esse outro lugar e com a perspectiva do outro, produz afecções. O confronto com o ribeirinho e com seu modo de existência é capaz de gerar afecções, como de fato gerou. E a partir do momento que afeta,

modifica o estado. E ao modificar um estado, ressignifica-se o que se concebe sobre a atenção primária.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, os atributos da atenção primária somados às necessidades de saúde totalizam 12 aspectos à luz dos quais se dará a análise do projeto da UBSF. Tudo isso com base na narrativa do relato de experiência do estágio eletivo.

Primeiramente, analisa-se o modelo de UBSF consoante os atributos da atenção primária. O quadro 2 a seguir apresenta uma análise geral que resume o comportamento do projeto da UBSF de acordo com tais atributos definidos por Starfield (2002).

**Quadro 2 - Análise geral do projeto da UBSF, de acordo com os Atributos da Atenção Primária, segundo a narrativa do relato de experiência do estágio eletivo**

| Atributos da Atenção Primária | Análise geral da UBSF de acordo com os atributos da atenção primária definidas por STARFIELD (2002)   |
|-------------------------------|---|
| Primeiro Contato              | A ausência de uma unidade básica de saúde disponível em tempo integral enfraquece o primeiro contato. No entanto, a contemplação desse atributo é equilibrado pela disponibilidade de outros elementos previstos para as eSFF como as(os) ACSs, as(os) microscopistas, o ponto de apoio e a(o) técnica(o) de enfermagem presente neste último.  |
| Longitudinalidade             | Apesar de garantir um aporte regular de atenção e sua “utilização” por parte da população ao longo do tempo, a não fixação profissional prejudica o vínculo com os usuários e seu acompanhamento longitudinalmente.   |
| Integralidade                 | A UBSF garante um arranjo e acesso a um conjunto de serviços de atenção à saúde. O trabalho dos ACSs, dos microscopista e dos(as) técnicos(as) dos pontos de apoio reforçam a integralidade mesmo na ausência da UBSF. Entretanto, a dificuldade de fixação profissional pode dificultar o estabelecimento de um cuidado que considere o usuário em sua integralidade, em razão do não conhecimento completo, por parte da equipe, sobre a área em que atua e seus principais problemas e questões determinantes.   |
| Coordenação                   | O trabalho dos ACSs e sua relação com a equipe de saúde contribuem sobremaneira na disponibilidade de informações dos movimentos realizados pelos usuários no seu processo de cuidado. Todavia, a não fixação de profissional médico(a) pode reduzir a possibilidade de integração de todo o cuidado que o usuário recebe através da coordenação entre serviços. Além disso, nota-se dificuldade no acesso ao histórico clínico de usuários por meio de prontuários informatizados. Não se percebe a oferta de um conjunto de serviços e informações que atendam às necessidades de saúde dos usuários de maneira integrada, por meio dos diversos pontos da rede de saúde. |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Orientação Familiar    | Observou-se sensibilidade da equipe de saúde no que tange à interação com a família no ato do cuidado e a devida consideração de seus membros nos projetos terapêuticos realizados.  |
| Orientação Comunitária | O modelo de UBSF somado à estrutura do ponto de apoio e à realidade do microscopista expressam orientação comunitária que dialoga e é formatada pelo reconhecimento das necessidades de saúde locais, em virtude do seu contexto físico, econômico, cultural e social. Ações de educação em saúde com foco na realidade comunitária também reforçam a orientação comunitária. Por outro lado, a observância desse atributo apresenta lacunas quando a grade de medicamentos abastecida primeiramente na unidade fluvial não está adequada ao perfil de agravos naquelas localidades. |
| Competência Cultural   | Não ficaram evidentes relações entre equipe de saúde e usuários que dialogassem com possíveis práticas tradicionais e alternativas de cuidado. Além disso, problemas na fixação profissional e a dificuldade do saber biomédico em dialogar com outras práticas de cuidado também dificultaram a contemplação da competência cultural.   |

Fonte: Starfield (2002).

Quando se pensa, por exemplo, no atributo da atenção ao primeiro contato e toda a lógica inerente atrás de sua concepção, percebe-se que, no caso do trabalho realizado pela UBSF, tal atributo não é devidamente contemplado. Contrariando a ideia do primeiro contato, o morador de uma comunidade ribeirinha não dispõe de prestação de serviços de atenção primária acessível e sua devida utilização, de maneira fácil e conveniente, sempre quando surge uma necessidade ou demanda de saúde. Dito de outra forma, a população ribeirinha não tem o serviço de atenção primária exatamente no momento em que precisar ou desejar. Essa possibilidade só se materializa no período no qual a UBSF se faz presente a cada dois meses, em média. Período esse que pode variar a depender do ciclo das águas, entre as cheias e vazantes. Esse raciocínio nos leva a pensar que o primeiro contato só se dá plenamente por um período de tempo restrito, desde o momento em que a UBSF ancora na comunidade até sua partida para a próxima. E isso significa algumas horas. No máximo um dia inteiro, geralmente.

Não há como negar, nesse caso, que a ausência de uma unidade de saúde e a presença profissionais de saúde seja um empecilho para a efetivação do referido atributo e sua lógica de porta de entrada dos serviços de saúde. Necessidades em saúde podem ocorrer a todo momento, obviamente. Porém, não é a todo momento que a unidade de saúde e seus profissionais estão presentes e disponíveis para as populações ribeirinhas. Além disso, alguns

fatores podem dificultar o deslocamento do usuário até a área urbana da cidade em busca dos recursos de saúde, como a distância e as despesas que esse deslocamento demandaria. Conseqüentemente, aliado ao fato de que a UBSF não é o primeiro recurso a ser acessado pela população ribeirinha a cada necessidade ou problema de saúde, outros recursos de cuidado em saúde podem ser disparados pelos ribeirinhos. Talvez aqueles denominados de práticas alternativas e tradicionais de cuidado, tal como os desenvolvidos por rezadeiras, benzedoras, curandeiros, parteiras e outros. Ou qualquer outra atividade voltada à cura de alguma enfermidade ou melhora de um quadro mórbido baseado em conhecimentos tradicionais, quiçá ancestrais, muito anteriores à medicina científica. O que implica em outro atributo essencial da atenção primária, a competência cultural, no sentido da necessidade de que a equipe de saúde compreenda a existência de possíveis outros recursos disparados pelos ribeirinhos no processo de cuidado, e assim possa estabelecer uma relação com a população que respeite as singularidades e especificidades culturais, bem como as preferências dos usuários e suas famílias.

Sob outra perspectiva de análise, pode-se afirmar que, ainda que a estrutura física de saúde e alguns profissionais não estejam disponíveis no ambiente ribeirinho diariamente, não se pode jamais ignorar a existência dos agentes comunitários de saúde, dos microscopistas e dos pontos de apoio, que também compõem a eSFF e sua estrutura, sob pena de reforçarmos o caráter estritamente biomédico e assistencialista e não explorarmos toda a gama de saberes e potencialidades da atenção primária brasileira expressa nas ocupações de diversos níveis que a compõem. No caso das(os) agentes comunitárias(os) de saúde, presentes em cada comunidade ribeirinha, suas atividades não são desempenhadas apenas na presença da UBSF, mas de forma rotineira, naturalmente. Além disso, o fato das(os) ACSs terem a possibilidade de retirarem medicamentos de alguns usuários quando necessitam ir à área urbana de Tefé, para o “fechamento de produção” de suas atividades, demonstra uma ação que faz com que a saúde seja presente e factível, de alguma forma, no processo de cuidado de saúde do usuário, mesmo não estando com sua estrutura física no local de existência das pessoas, diariamente.

A atuação dos profissionais microscopistas também corrobora para a efetivação da atenção ao primeiro contato. Devido às características da região amazônica, sua atuação é de fundamental importância no controle vetorial de doenças como malária, dengue, doença de Chagas, filariose e febre amarela, por exemplo. Assim, figuram como o primeiro contato à estrutura de saúde em caso de suspeita a tais doenças, podendo, a partir de sua confirmação, acionar os recursos cabíveis para que seja prestada a devida assistência e medidas estratégicas de controle vetorial.

De maneira semelhante ocorre com o ponto de apoio e a(o) profissional técnica(o) de enfermagem que ocupa esse espaço durante o período de 15 dias em esquema de escala para o revezamento de profissionais. Isso porque atuam como suporte e facilitação nas questões de saúde das comunidades, sobretudo nos períodos de seca extrema que impossibilitam o tráfego da balsa, garantindo assim a continuidade das ações de saúde na ausência da UBSF. Dessa maneira, podem ser um dos recursos de primeiro contato para algumas questões de saúde quando da não presença da unidade fluvial. Como uma espécie de extensão da UBSF, as(os) técnicas(os) de enfermagem dos pontos de apoio podem realizar serviços que abrangem a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; a reabilitação; redução de danos; manutenção da saúde, o que inclui a visita a outras comunidades referenciadas pelo respectivo ponto de apoio. Possibilita-se, dessa forma, que o profissional instalado no ponto de apoio possa contribuir com a atenção ao primeiro contato quando da identificação de grupos de risco e famílias expostas a riscos; busca ativa de agravos no território; visita domiciliar compartilhada com os agentes comunitários de saúde; realização de procedimentos; administração de medicamentos. Além disso, foi designado aos técnicos das unidades de apoio as remoções de urgência e emergência durante sua estadia na comunidade. Em caso de acidente em alguma comunidade de referência de dada unidade de apoio, a liderança comunitária transporta o usuário até a mesma para avaliação da técnica(o) e as decisões quanto a remoção são tomadas. Dessa forma, não resta dúvida de que as ações possibilitadas pela lógica da implantação do ponto de apoio e seu respectivo profissional técnico de enfermagem contribuem para que se alcance a atenção ao primeiro contato e que os ribeirinhos assim usufruam da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde. Em outras palavras, o ponto de apoio é uma estratégia que vence algumas limitações impostas por barreiras ao acesso e à atenção ao primeiro contato devido à particularidade do território líquido do ambiente ribeirinho.

Nota-se, portanto, que a deficiência no atributo da atenção ao primeiro contato causada pela ausência de uma unidade básica de saúde disponível em tempo integral para a população ribeirinha é equilibrada por outros elementos. O que pode fazer diferença positiva na saúde dos ribeirinhos.

LIMA (2016) aponta a possibilidade da medicina rural ser mais “resolutiva e armada em procedimentos” do que a medicina urbana, tendo em vista que as disponibilidades para referências no primeiro caso são mais escassas. A partir da situação apresentada da debilidade da atenção ao primeiro contato na saúde ribeirinha, questiona-se se também não seria válido uma atenção básica fluvial com competências ampliadas, uma vez que seus usuários

certamente terão maiores dificuldades de acesso a procedimentos, exames e tecnologias, conforme apresentado. Ou seja, uma estratégia específica desenhada para esse caso.

Ainda que existam limitações para uma completa atenção ao primeiro contato a partir das características da UBSF, é importante destacar todo o esforço para que a ausência da UBSF no local de existência dos ribeirinhos seja a mínima possível. Exemplo disso foi o fato de outra viagem pela mesma área pela qual percorremos ter sido realizada, ainda que antes de ter completado 2 meses desde a última, na tentativa de aproveitar ao máximo a possibilidade de tráfego da UBSF, se antecipando ao período de início da vazante, o que significaria deixar a população ribeirinha sem serviço de atenção básica por um tempo maior.

Seguindo a análise para o segundo atributo essencial, pensar a longitudinalidade no caso do trabalho realizado pela UBSF nos leva a ratificar a oportuna contemplação desse atributo essencial, tendo em vista a sua importância em entregar, aos ribeirinhos, um serviço com aporte regular de atenção e sua “utilização” por parte da população ao longo do tempo. Pois mesmo que não presente no ambiente ribeirinho em tempo integral, a UBSF viaja ao longo dos rios Tefé e Curumitá a cada 2 meses, em média, com a consideração do já comentado ciclo das águas que interfere nesse tempo e movimento. Sendo assim, garante uma regularidade no aporte de atenção pela equipe de saúde para que a população possa dela usufruir. Contudo, um dos elementos característico da longitudinalidade enfraqueceu o alcance pleno desse atributo essencial da atenção primária na experiência que configura esse trabalho.

Preconiza-se, na longitudinalidade, a questão do vínculo do usuário com sua fonte de atenção, refletido em laços interpessoais de longa duração que retratem a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde. Ou seja, profissionais habituais aos quais os usuários possam contar. Esse aspecto importante da longitudinalidade foi enfraquecido no caso da equipe acompanhada, na medida em que, por exemplo, a profissional médica não era fixa daquela equipe, e trabalhava em uma unidade da área urbana da cidade, responsável por uma outra área de abrangência. Isto impactava no acompanhamento longitudinal dos usuários, uma vez que não havia vínculo com a profissional médica naquele momento. Não haviam relações interpessoais intensas, dificultadas pelo fato de que a fonte continuada de atenção profissional não era a mesma de trabalhos anteriores. Dessa maneira, a impossibilidade de manter um profissional fixo interrompe e dificulta que se estabeleça uma relação pessoal de longa duração entre equipe de saúde e usuários. Conseqüentemente, o vínculo da equipe com os usuários, particularmente de médicos, fica prejudicado e dificultou a conquista de laços

interpessoais de longa duração, conforme recomendado para o atingimento da longitudinalidade.

O cenário aqui exposto e relatado não significa, definitivamente, que não haja esforços para a manutenção de um(a) profissional médico(a) próprio daquela equipe que possa acompanhar aquela área específica, longitudinalmente. Todavia, naquele momento, pontualmente, isso ainda não era possível.

Pode-se constatar, portanto, que se não fosse o empecilho da fixação profissional na equipe de saúde, poder-se-ia afirmar o devido cumprimento do atributo da longitudinalidade. Entretanto, pode-se julgar que o problema de não se ter uma longitudinalidade integralmente respeitada não se deve ao projeto da UBSF em si. Mas ao fato de que regiões interioranas, especialmente aquelas amazônicas, sofrem com a disponibilidade de profissionais, muitas vezes, principalmente médicos(as). Ou seja, é um problema de outra natureza, que não diz respeito a uma característica própria da UBSF. Pois o fato dessa unidade básica fazer as viagens pelo seu território de abrangência, de maneira regular, configura elemento deveras importante na promoção do atributo da longitudinalidade, reforçando a potência que é, nesse sentido. Mas questões outras acabam por interferir nesse processo, como no caso vivenciado e relatado, que ultrapassam o empenho local na efetivação de uma atenção básica eficaz. Empenho esse que se traduz na disponibilização de profissional de outra área para que as comunidades ribeirinhas pudessem contar com equipe de saúde completa e assim se estabelecesse o processo de cuidado daqueles usuários.

Sobre o atributo da integralidade, diversas são as questões que podem ser pontuadas no que concerne ao projeto da UBSF. De maneira inicial, é possível dizer que só o fato do serviço de saúde se deslocar até o local de existência dos usuários, através de uma unidade básica de saúde que “faz o caminho das pessoas” ribeirinhas, constitui ação suficiente capaz de contribuir para a integralidade. Esse simples (mas complexo) ato já indica a disposição de compor um arranjo para que o usuário tenha a possibilidade de acessar um conjunto de serviços de atenção à saúde, a começar pela atenção básica, nesse caso, logicamente. Uma vez estabelecido o contato com esses usuários, a equipe de saúde pode compreender suas necessidades e, ao elaborar projetos terapêuticos singulares, acionar uma gama de ofertas em outros pontos de atenção, o que inclui os conhecidos mecanismos de referência do usuário a outros serviços de saúde. Assim, a UBSF se mostra como um importante elemento de acesso à saúde que não se limita àquelas ações de atenção básica. Mas que, a partir desta, permite o trânsito do usuário por todo um sistema, naturalmente mais abrangente, que conta com outros tipos de serviços de atenção à saúde, desde aqueles diagnósticos até os de maior

complexidade tecnológica, como por exemplo, aqueles presentes na área urbana da cidade: o laboratório central, a policlínica e o Hospital Regional de Tefé (HRT). Dessa forma, a UBSF cumpre o papel da atenção básica de ser porta de entrada do sistema de saúde. Fato esse que encontra eco na literatura, tal como o caso da ampliação ao acesso da população ribeirinha aos cuidados à rede municipal e regional de saúde através da inovação advinda da UBSF Igarapu, do município de Borba/AM (KADRI *et al.*, 2019).

Outro aspecto que contribui para a operacionalização da integralidade no que diz respeito ao projeto da UBSF são os 4 pontos de apoio - estrutura prevista no modelo de UBSF - existentes em comunidades estratégicas ao longo dos rios Tefé e Curumitá. A dinâmica do ponto de apoio oportuniza, como já mencionado, um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Nesse sentido, a ideia do ponto de apoio desencadeia um processo no qual uma série de atividades sejam realizadas para além de ações assistenciais pontuais realizadas pela UBSF. Exemplo disso são as atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem no território que envolvem: monitoramento das atribuições dos agentes comunitário de saúde; territorialização e mapeamento da área, identificando grupos de riscos, famílias expostas a riscos; cadastro e atualização dos cadastramentos das famílias; busca ativa de agravos no território; visita domiciliar compartilhada com os agentes comunitários de saúde; realização de procedimentos; administração de medicamentos; trabalho em educação em saúde e prevenção de agravos com a comunidade; realização do programa de saúde na escola.

Portanto, a manutenção dos pontos de apoio e seus respectivos profissionais constituem um importante elemento para a efetivação da integralidade de ações em saúde no âmbito da atenção primária, na medida em que permite a atuação junto ao território de maneira ininterrupta, preenchendo a lacuna de assistência deixada pela não presença da UBSF em determinado período de tempo. Em outros termos, as unidades de apoio têm sua importância no estabelecimento e presença de uma estrutura que conta com profissional de saúde, insumos e medicamentos básicos por um período tal que permite a garantia e a continuidade das ações em saúde. Nesse contexto, as unidades de apoio e os técnicos de enfermagem nela instalados são dispositivos de suma importância quando se pensa na garantia da integralidade do cuidado. Sobretudo por ser através deste dispositivo que ocorre a facilitação de possíveis remoções de usuários a serviços de saúde de referência na área urbana, em casos mais graves que necessitam de atendimento em outras estruturas de saúde, como em urgências e emergências, após avaliação do técnico de enfermagem do ponto de apoio.

Pode-se dizer ainda que o propósito do trabalho dos ACSs e dos microscopistas, assim como são pertinentes na efetivação da atenção ao primeiro contato, também reforçam a integralidade, em razão de não romperem com as atividades de atenção básica, naquele contexto, apesar da unidade de referência para aquela área, a UBSF, não se fazer presente na maior parte do tempo.

Para além da concepção de integralidade que diz respeito aos arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, é importante destacar a imprescindibilidade da compreensão da integralidade que representa o reconhecimento adequado do usuário dentro de todo um contexto biopsicossocial. O que impele à proposição de projetos terapêuticos possíveis de acordo com a realidade do local de existência dos indivíduos. Para isso, é necessário que a equipe de saúde conheça as características do território. Todavia, reportando novamente à questão da dificuldade de fixação de profissional médico(a), que interfere na longitudinalidade, observa-se prejuízo também no que diz respeito ao reconhecimento adequado deste(a) acerca de questões biológicas, psicológicas e sociais que podem estar por trás dos agravos. Nesse sentido, pode não se estabelecer um cuidado que considere o usuário em sua integralidade, em razão do não conhecimento completo do(a) profissional sobre a área em que atua e seus principais problemas e questões determinantes para a saúde dos indivíduos, já que a não fixação impede o acompanhamento regular das respectivas equipe de saúde e área de abrangência.

Nesse contexto, pode-se desencadear um processo no qual projetos terapêuticos não considerem a totalidade biopsicossocial dos indivíduos e suas capacidades e possibilidades de cuidado. Além disso, todo o planejamento das ações de saúde, incluindo a provisão de insumos e medicações, pode ser inadequado às necessidades da população ribeirinha no curso da viagem da UBSF, o que enfraquece o atributo da integralidade.

Quanto ao último atributo essencial, a coordenação, é possível dizer que o projeto da UBSF encontra dificuldades para sua plena efetivação. Aqui mais uma vez é possível apontar o problema presenciado da carência de um(a) profissional médico(a) fixo e suas consequências negativas na contemplação dos atributos da atenção primária. Dado que uma das características da coordenação pressupõe a capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe de saúde e atendimento por um(a) mesmo(a) profissional, a não fixação do mesmo pode reduzir a possibilidade de integração de todo o cuidado que o usuário recebe através da coordenação entre serviços. Além disso, dessa forma se vê dificultado o acesso ao histórico clínico de usuários por meio de prontuários informatizados, já que o cadastro do profissional não fixo corresponde a outra área de abrangência, que é de

responsabilidade de sua equipe de fato, e não àquela em que atua de maneira não fixa, momentânea. Todo esse contexto dificulta o reconhecimento de questões de saúde de usuários que porventura tenham sido executados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do usuário, caracterizando a coordenação da atenção. Dessa forma, reforça-se a lógica da especialização e orientação profissional isolada, inadequada para necessidades de saúde complexas, por exemplo. Contudo, outros profissionais da eSFF são essenciais, seguramente, para a garantia da coordenação pela atenção primária à saúde ribeirinha.

Observou-se que o produto do trabalho dos ACSs de mapeamento dos usuários e famílias, com relação a questões de saúde e possíveis movimentos realizados por estes no processo de cuidado, constituem um conjunto de importantes informações. Nesse sentido, no momento em que ACSs e equipe de saúde se encontram no chamado “fechamento de produção” (atividade de avaliação, consolidação de dados e planejamento de trabalho futuro), institui-se um espaço de compartilhamento de informações sobre as questões de saúde comunitária e dos usuários - principalmente as mais complexas - que se aproxima da ideia da atenção primária como o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Desde que haja o devido reconhecimento dessas informações por parte da equipe de saúde, tal processo pode tangenciar o que se chama de coordenação pela atenção primária. Diz-se tangenciar porque não se percebe a coordenação tal como sua outra característica, que se refere à articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de modo que estejam sincronizados e focados em objetivos comuns, ainda que o processo de cuidado seja prestado em distintos equipamentos de saúde. Ou seja, não se percebe a oferta de um conjunto de serviços e informações que atendam às necessidades de saúde dos usuários de maneira integrada, por meio dos diversos pontos da rede de saúde.

Pode-se dizer, portanto, que é necessário melhor integração da UBSF à rede assistencial, no sentido de que se possa garantir uma oferta abrangente de serviços e a correspondente coordenação das diversas ações que se fazem essenciais às necessidades dos usuários, principalmente as mais complexas que requerem cuidados em outros pontos de atenção à saúde.

A falta de continuidade do atendimento dos ribeirinhos em unidades da área urbana, por exemplo, é identificada como um limite do modelo de UBSF, como pode ser observado em Lavor (2020b). Neste trabalho, aparece a ideia da “caderneta do ribeirinho”, nos moldes da caderneta da gestante ou do adolescente, que poderia ser um mecanismo de consolidação de informações do usuário para uma melhor coordenação pela atenção primária, por exemplo. O que é de grande valia, mas não substitui a articulação entre serviços, a fixação profissional

e a utilização de prontuários como fontes de informação para que a coordenação possa ocorrer de maneira efetiva.

Encerrados os atributos essenciais da atenção primária, cabe então destacar os atributos derivados. O primeiro deles se refere à orientação familiar. Ter orientação familiar significa que a atenção primária deve agir com foco na família, considerando-a como sujeito da atenção, o que requer a interação da equipe de saúde com essa “unidade social” e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. No trabalho desenvolvido na UBSF, em diversas ocasiões foi possível observar a sensibilidade da equipe de saúde no que tange à interação com a família no ato do cuidado, e não somente o indivíduo descolado de seu contexto familiar. O que se expressava nos atendimentos que contavam com diversos membros de uma respectiva família e, principalmente, a consideração destes nos projetos terapêuticos. Não obstante respeitava-se a privacidade dos indivíduos, caso necessário, em situações mais delicadas.

Com relação à orientação comunitária, pode-se dizer que esse atributo não deve ser encarado, no caso do trabalho da UBSF, como derivado. Mas talvez também como um dos atributos essenciais da atenção primária, nesse caso. Pois o próprio modelo de UBSF somado à estrutura do ponto de apoio e à realidade do microscopista, naquela área, expressam certa orientação comunitária da atenção básica que dialoga e é formatada pelo reconhecimento das necessidades de saúde locais, em virtude do seu contexto físico, econômico, cultural e social. Ora, pensar um projeto inovador, como a UBSF, significa conceber que sua estruturação só foi possível dada uma visão orientada à realidade comunitária, anteriormente. Não fosse isso não existiria esse modelo “novo”, “diferente” a qualquer outra unidade básica de saúde convencional.

Ademais, o que a UBSF proporciona em termos de orientação comunitária no cotidiano do serviço pôde ser percebido no trabalho da equipe de saúde, mormente sua organização na chegada a cada comunidade. Antes da realização dos atendimentos odontológicos, de enfermagem e médicos dentro da estrutura da UBSF, eram realizadas ações de educação em saúde, lideradas pela assistente social, que sempre traziam questões e temas relevantes ao cotidiano comunitário. Muitos dos aspectos desenvolvidos nas ações de educação em saúde eram fruto do trabalho desenvolvido pela assistente social em articulação com atores sociais, inclusive os ACSs, que eram fundamentais para que se estabelecesse um elo de identificação de questões a serem abordadas, de acordo com especificidade de cada comunidade. Assim, nas ações de educação em saúde eram trabalhados assuntos como gravidez na adolescência, violências, parasitoses, hepatites virais, saúde bucal, evasão escolar,

brincadeiras infantis e o cotidiano de crianças e adolescentes, tratamento da água para consumo e outros. Tudo isso a partir da peculiaridade e perfil de cada comunidade. Ou ainda problemas identificados através da análise de situação de saúde desenvolvida pela própria equipe, como no caso da educação em saúde bucal, na medida em que agravos desse tipo eram recorrentes nas comunidades.

Nesse contexto, cabe mencionar que, juntamente com o(a) ACS, destaca-se o trabalho imprescindível do(a) profissional de nível superior - dentre aqueles previstos para o NASF-AB -, na composição da eSFF, que no caso da experiência vivenciada era uma assistente social. A proximidade estabelecida entre tal profissional e os usuários, e também com os atores e lideranças locais, permitia o envolvimento com as questões comunitárias e, conseqüentemente, o discernimento de determinantes sociais e demais questões em que a atenção primária e demais setores poderiam estar direcionando seu olhar para promover a situação de saúde de cada comunidade. Dessa forma, contribuindo para que se aumente a capacidade de articulação e as possibilidades da atenção primária agir de acordo com o atributo “derivado” da orientação comunitária.

Por conseguinte, é necessário o questionamento se um maior número de profissionais previsto para o NASF-AB, para além do que é preconizado na PNAB para as eSFF - 2 profissionais - não fortaleceriam a atuação da atenção primária no contexto ribeirinho no que concerne à sua maior resolutividade, promoção do cuidado coletivo, individual e familiar e também na melhor efetivação de atributos como a coordenação e a integralidade. Assim, poderia-se ampliar a capacidade de ação da atenção primária ao se desencadear melhores processos de discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e discussão do processo de trabalho das equipes. Sobretudo, ampliaria-se o trabalho da equipe de saúde no que diz respeito à articulação de ações junto às comunidades e a partir do que estes possibilitam, associando-se às iniciativas locais e articulando-se intersetorialmente para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades, de modo a garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado.

O que se percebe, no entanto, é uma guinada negativa na lógica da atenção básica no país e que desprestigia o NASF-AB, a começar pela mudança de sua nomenclatura pela PNAB de 2017. Nessa, altera-se o nome de Núcleo de Apoio à Saúde da Família para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o atual NASF-AB. Para além de uma mudança nominal, o que se imprime é o interesse e a perspectiva de direcionamento para ampliação das ações clínico-assistenciais, individuais, numa perspectiva mais clínica do que

ações grupais e promocionais das equipes do NASF-AB, o que significa uma supressão da lógica do apoio matricial como ferramenta de trabalho lógico-organizativa do trabalho dessas equipes. Além disso, a portaria nº 2979, de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, abole o incentivo financeiro para as equipes NASF-AB. Na prática, significa tirar o NASF-AB enquanto ação estratégica, já que não há mais, a partir de então, a destinação de recurso a tais equipes, especificamente. Em outras palavras, fragiliza-se o NASF-AB ao se retirar sua discricionariedade financeira.

É necessário destacar também que a característica da orientação comunitária de reconhecimento das necessidades dos indivíduos em função do contexto em que vivem, que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias, reflete ainda no padrão de insumos e medicamentos a serem abastecidos na UBSF. Isso porque pode ser um equívoco que o planejamento dos tipos de medicamentos da farmácia da UBSF, por exemplo, seja semelhante aos de uma UBS do centro urbano da cidade. Pois nesses casos o perfil de agravos e demandas são distintas, o que requerem atenção diferenciada e o consumo de medicações específicas para cada caso. Nas comunidades ribeirinhas verificou-se um padrão de agravos que sugerem maior dispensação de medicamentos voltados a agravos dermatológicos, parasitoses e infecção do trato urinário (ITU), a título de exemplo. Se o planejamento da UBSF não observar esse contexto, estará fadada a entregar um serviço farmacêutico característico de áreas urbanas para uma população ribeirinha, contraditoriamente, que não condiz com as questões locais, prejudicando a efetivação da orientação comunitária. Na experiência vivenciada, observou-se uma situação que exemplifica esse contexto quando houve a necessidade de membros da tripulação e da equipe voltarem à sede municipal, de voadeira, para a retirada de alguns medicamentos que, por estarem sendo bastante dispensados, já estavam com número reduzido no estoque da farmácia da UBSF. Isso significa que a grade de medicamentos abastecida primeiramente na unidade fluvial pode não ter considerado integralmente o perfil de agravos naquelas localidades, consequência da não observância plena da orientação comunitária.

Encerrando o ciclo de análise dos atributos da atenção primária, debruça-se então sobre a competência cultural, que se refere à relação entre equipe de saúde e população que respeite as singularidades e especificidades culturais, bem como as preferências dos usuários e suas famílias. Nessa perspectiva, no acompanhamento do trabalho da UBSF não ficaram evidentes relações entre equipe de saúde e usuários que dialogassem com possíveis práticas

tradicionais e alternativas de cuidado. O que sugere uma oportunidade de melhoria no trabalho da UBSF nesse quesito.

É possível que outros recursos de cuidado em saúde sejam empregados pelos ribeirinhos, como aqueles realizados por raizeiras, benzedeiros, curandeiros, parteiras e outros, e práticas baseadas em conhecimentos tradicionais e ancestrais, talvez. Necessário é, nesse sentido, que a eSFF estabeleça uma relação com a população ribeirinha que busque a compreensão de possíveis outros recursos, saberes e práticas tradicionais que constituem seus modos de vida, aplicados no processo de cuidado, de modo que se possa respeitar as singularidades e especificidades locais, e assim ter a competência cultural necessária a um serviço de atenção primária voltado aos usuários.

Considerando os já comentados problemas de fixação de profissionais, principalmente médicos(as), e seu consequente impacto no vínculo estabelecido com os usuários e na longitudinalidade, estes últimos podem não se sentirem à vontade para tratar de aspectos culturais que se relacionam à saúde, prejudicando o reconhecimento de tais práticas pela equipe de saúde. O que culmina para a não observação do atributo da competência cultural. Aliado a isso deve-se destacar também a dificuldade do saber biomédico em dialogar com outras práticas de cuidado que fogem do escopo daquilo que é preconizado pela medicina científica.

Após a análise do modelo da UBSF de acordo com cada um dos atributos essenciais e derivados da atenção primária, pode-se constatar que apenas aquele referente à competência cultural não apresenta elementos que o favoreçam. Por outro lado, somente o atributo da orientação familiar é contemplado sem imperfeições. Todos os outros atributos gozam de certa efetivação, ainda que parcialmente, como no caso da atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação comunitária. Em alguns desses casos, como ocorre na longitudinalidade e na integralidade, os elementos que obstaculizam o cumprimento desses atributos podem ser de natureza exterior, que não dizem respeito ao modelo de UBSF em si, mas que incidem de forma negativa no seu trabalho. Já em outro caso, como na coordenação, o dispositivo da unidade fluvial não cumpre exatamente o referido atributo, mas determinado elemento no cotidiano do trabalho equilibra e fortalece, de alguma maneira, sua contemplação, mesmo que vagamente.

Finda as considerações acerca da UBSF de acordo com os atributos da atenção primária, debruça-se agora em analisá-la consoante as necessidades de saúde. O quadro 3 a seguir apresenta uma análise geral que resume o comportamento do projeto da UBSF de acordo com tais necessidades definidas por Cecílio e Matsumoto (2006) e Merhy (2007).

**Quadro 3 - Análise geral do projeto da UBSF, de acordo com as Necessidades de Saúde, segundo a narrativa do relato de experiência do estágio eletivo**

| Necessidades de saúde   | <b>Análise geral da UBSF de acordo com as necessidades de saúde definidas por CECÍLIO &amp; MATSUMOTO (2006) e MERHY (2007)</b>  |
|---|--|
| Necessidade de boas condições de vida   | O modelo de UBSF contribui, no que se refere ao componente saúde, para a contemplação das necessidades de boas condições de vida, pois concorre para que os indivíduos vivam em processos sociais de inclusão, pelo menos nesse campo. Além disso, ao agir sobre a promoção, prevenção e cuidado em saúde, a lógica da UBSF coopera na melhora dos níveis de saúde dos ribeirinhos, favorecendo boas condições de vida.  |
| Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença                                    | Ao percorrer o caminho dos usuários e se fazer presente em cada comunidade, a unidade fluvial materializa e expressa o respeito ao ribeirinho como sujeito de direito e cidadão, pois o considera em suas possíveis necessidades “especiais” e promove sua inclusão ao lhe proporcionar o direito à saúde. O advento da UBSF oportuniza o acesso a uma estrutura de saúde moldada ao ambiente de existência ribeirinho e confere dignidade a tais populações.  |
| Garantia de acesso à todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida                    | A UBSF garante um arranjo e acesso a um conjunto de serviços de atenção à saúde às populações ribeirinhas, que não se esgotam na atenção primária, já que é possível lançar mão de mecanismos de encaminhamento a outros equipamentos de saúde da rede. Ademais, o trabalho do ACSs, dos microscopistas e dos(as) técnicos(as) dos pontos de apoio, na medida em que compõem a eSFF, somam para a garantia do acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, mesmo nos momentos de ausência da estrutura da UBSF. Todavia, a indisponibilidade da UBSF em tempo integral não concorre para que o usuário usufrua do serviço sempre que necessário. |
| Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação) | A dificuldade de fixação profissional, principalmente da categoria médica, prejudica o vínculo com os usuários e seu acompanhamento ao longo do tempo. Dessa forma, vínculos   |

|   |  |
|---|--|
|   | enfraquecidos nessa relação entre sujeitos distancia o modelo da UBSF do atingimento dessa necessidade de saúde.   |
| Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida (construção do sujeito) | Há uma dificuldade em se tratar o ribeirinho como “sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento operar seu próprio modo de andar na vida”, já que o conhecimento biomédico científico parece se sobrepor e camuflar outros possíveis conhecimentos aplicados no cuidado em saúde, como as práticas tradicionais e alternativas de cuidado. |

Fonte: Cecílio e Matsumoto (2006) e Merhy (2007).

Com relação à primeira necessidade, que diz respeito às boas condições de vida, entende-se que, naturalmente, diversos elementos de cunho intersetorial são importantes para sua plena efetivação, como moradia, alimentação, transporte, lazer e meio ambiente, por exemplo. Nesse sentido, ao prestar um serviço de saúde às populações ribeirinhas, pode-se considerar que o modelo de UBSF contribui, no que se refere ao componente saúde, para a contemplação das necessidades de boas condições de vida, pois concorre para que os indivíduos vivam em processos sociais de inclusão, pelo menos nesse campo. Em outros termos, ao agir sobre a promoção, prevenção e cuidado em saúde, abrangendo desde ações de imunização e educação em saúde até a assistência médica, de enfermagem e de saúde bucal, a lógica da UBSF coopera na melhora dos níveis de saúde dos ribeirinhos, favorecendo boas condições de vida. Tal processo se reflete na melhora de indicadores de saúde, conforme mostrado em Lavor (2020a, 2020b), ao destacar o aumento na cobertura vacinal, no número de consultas de gestantes no pré-natal, de exames ginecológicos preventivos, maior acompanhamento dos usuários crônicos e da cobertura em saúde bucal.

A respeito da segunda necessidade de saúde, aquela que versa sobre ser alguém singular com direito à diferença, é possível afirmar que a realidade da UBSF vai na direção da contemplação dessa necessidade. Ao percorrer o caminho dos usuários e se fazer presente em cada comunidade, a unidade fluvial materializa e expressa o respeito àquele ribeirinho que porventura necessite ser considerado dado suas necessidades “especiais”, como sujeito de direito e cidadão, e promove sua inclusão ao lhe proporcionar o direito à saúde. Dessa maneira, compreendendo e atuando coadunada a uma lógica e contexto de vida específicos de uma população que vive nas calhas dos rios, distinto daquele dos centros hegemônicos urbanos, pode-se dizer ainda que a ideia da UBSF manifesta o princípio da equidade, nesse

caso a nível individual, para possíveis usuários em condições singulares, respeitando seu direito à diferença.

Não fosse esse serviço fluvial, o ribeirinho seria obrigado a procurar assistência à saúde na área urbana da cidade, o que lhe representaria, para além de uma dispensação importante de recurso financeiro e um longo tempo de viagem, dificuldades no ato do deslocamento, sobretudo para aqueles que, por alguma condição limitante ou incapacidade de qualquer natureza, veriam suas dificuldades aumentadas dado a sua situação. Em outras palavras, este usuário não teria respeitado plenamente seu direito à saúde e necessidades de acordo com sua condição “especial”. No entanto, o advento da UBSF oportuniza o acesso a uma estrutura de saúde moldada ao ambiente de existência ribeirinho e confere dignidade a tais populações, principalmente aqueles com maiores necessidades de serem singulares dado alguma condição “especial”.

Quando se pensa no terceiro elemento das necessidades de saúde, que reflete a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, percebe-se que o mesmo guarda semelhanças ao atributo da integralidade e também do primeiro contato. Assim, seguindo a lógica de análise desses atributos trabalhada anteriormente, se por um lado a lógica da UBSF favorece o alcance dessa referida necessidade de saúde, por outro há lacunas inerentes ao modelo.

Considerando que a UBSF alcança cada comunidade ribeirinha de sua área de abrangência, pode-se afirmar que sua estrutura garante um arranjo e acesso a um conjunto de serviços de atenção à saúde à essas populações. Além disso, tais serviços não se esgotam na atenção primária, já que é possível lançar mão de mecanismos de encaminhamento a outros equipamentos de saúde da rede. Em outras palavras, a UBSF vai na direção da referida necessidade de saúde na medida em que atua como um ponto de atenção à saúde com potencial de facilitar o acesso aos demais pontos. Ademais, o trabalho do ACSs, dos microscopistas e dos(as) técnicos(as) dos pontos de apoio, na medida em que compõem a eSFF, somam para a garantia do acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, mesmo nos momentos de ausência da estrutura da UBSF.

Por outro lado, quando se pensa que a referida necessidade deve se dar de maneira que sempre que for necessário o usuário “poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar a vida”, constata-se que a UBSF apresenta lacunas no cumprimento dessa necessidade de saúde. Sua indisponibilidade em tempo integral não concorre para que o usuário usufrua do serviço sempre que necessário. O acesso a uma gama de tecnologias só se dá em um período de

tempo restrito, quando da presença da unidade fluvial nas margens da comunidade, quando então promove assistência e ações em saúde naquele instante e configura, ainda, porta de entrada a outras tecnologias de atenção à saúde. Apesar de sua indisponibilidade no quesito “sempre que for necessário”, é importante mencionar os esforços aplicados na tentativa de diminuir o intervalo entre as ações da UBSF, como observado no período em que se acompanhou as atividades da equipe.

Com relação à necessidade de saúde de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), nota-se que a mesma expressa semelhança com alguns fatores já trabalhados na longitudinalidade, ainda que guarda relação de precedência em relação a este atributo. Sobre a longitudinalidade, afirmou-se que apesar da UBSF garantir um aporte regular de atenção e sua “utilização” por parte da população ao longo do tempo, a não fixação profissional, principalmente da categoria médica, prejudica a produção de vínculo com os usuários e seu acompanhamento qualificado ao longo do tempo. Dessa forma, vínculos enfraquecidos nessa relação entre sujeitos - usuários e equipe - distancia o modelo da UBSF do atingimento da referida necessidade de saúde. Por outro lado, o acompanhamento longitudinal por um profissional ou equipe não constrói necessariamente o vínculo desejado no trabalho da atenção primária. Assim, outras estratégias podem ser disparadas na construção do vínculo usuário-equipe.

Nesse contexto, é possível sugerir que seja incorporada uma lógica no trabalho da atenção primária fluvial que estabeleça dois ou três profissionais médicos(as) que sejam responsabilizados(as) pelas comunidades de uma determinada área, ainda que não sejam fixos(as) na equipe. Assim, as viagens da UBSF poderiam contar sempre com um desses profissionais, ainda que nenhum seja, de fato, membro daquela equipe efetivamente. A partir disso, poder-se-ia assumir a existência de referências, profissionais que se sentiriam responsáveis pelo cuidado de usuários, de uma respectiva área, dentro do sistema. O que se quer apontar, com isso, é que o problema da necessidade de saúde aqui analisada, e também do atributo da longitudinalidade, não está na logística aplicada, mas tem seu núcleo central na questão do vínculo entre usuários e profissionais e na referência de responsabilização pelo cuidado. Para isso, então, pode-se lançar mão de outras estratégias que promovam vínculo e produzam cuidado em saúde.

Finalizando a análise das necessidades de saúde, tem-se a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito). Assim como comentado no atributo da competência cultural, no acompanhamento do cotidiano da eSFF não ficaram evidentes relações entre equipe de saúde e usuários que dialogassem com

possíveis práticas tradicionais e alternativas de cuidado. Práticas estas que expressam saberes que são anteriores a qualquer forma de aplicação do conhecimento científico, naquele contexto. Problemas na fixação profissional e a dificuldade do saber biomédico em dialogar com outras práticas de cuidado podem ser fatores dificultadores nesse processo. Conseqüentemente, é possível dizer que, nesse quesito, há uma dificuldade em se tratar o ribeirinho como “sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento operar seu próprio modo de andar na vida”, já que o conhecimento biomédico científico parece se sobrepor e camuflar outros conhecimentos aplicados no cuidado em saúde.

No sentido de se aproximar da consideração à necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”, é necessário que a eSFF considere o emprego de outros recursos, como as práticas tradicionais e alternativas de cuidado. Recursos esses que podem fazer parte do dia a dia dos ribeirinhos por gerações e que também produzem, garantem e constituem o escopo de cuidado dessas populações. Além do reconhecimento, é necessário que haja a troca de saberes entre o conhecimento científico e aqueles tradicionais dessas populações para que haja um planejamento e gestão das ações de prevenção e cuidado integral a esses grupos de maneira mais adequada. Concordando com essa lógica, a PNSIPCFA ratifica o acesso de populações tradicionais aos serviços de saúde, destacando que se deve buscar também a valorização da cultura desses povos.

Nessa linha de raciocínio, convive-se hoje com o desafio de que se pesquise e explore mais as condições sociais, de saúde e produção de cuidado de populações tradicionais, incluindo os ribeirinhos, que constantemente são grupos invisibilizados no contexto da ciência. Outrossim, urge o reconhecimento da urgência do uso responsável do conhecimento proveniente de todos os campos da ciência e não apenas do campo das ciências biológicas e da saúde, de modo que atenda as necessidades dos grupos humanos. Só assim poderia-se falar numa ciência cidadã na qual se tenha a participação ativa da população e grupos populacionais na construção do conhecimento científico.

Nessa perspectiva, Carvalho (2019) expõe o fato de que impera no Brasil (mas não só nele) um modelo de instituição universitária monoepistêmica e eurocêntrica. Dessa forma, é possível inferir que as universidades não preparam profissionais aptos a considerarem o saber do outro. Dito de outra forma, o sistema universitário não incentiva à abertura e capacidade de compartilhamento de saberes.

Indo na contramão dessa lógica, Carvalho (2019) defende a ideia de instituições universitárias que sejam descolonizadoras e sensíveis à diversidade dos saberes não ocidentais criados e reproduzidos pelos negros, indígenas e demais povos tradicionais. Assim, sustenta a

importância de que os espaços universitários devem projetar a qualificação epistêmica indígena, afro-brasileira, quilombola e popular tradicional, contrariando a lógica de que o único saber válido e legítimo é aquele eurocêntrico. Nesse sentido, cita o projeto Encontro de Saberes, que propõe a inclusão de mestras e mestres dos saberes tradicionais na docência universitária brasileira, no sentido de descolonizar as instituições produtoras ou administradoras do conhecimento, permitindo assim que outros saberes ganhem legitimidade e “possam ser tomados como pares iguais no diálogo de saberes”. Ou seja, a possibilidade de que diferentes formas culturais de conhecimento possam conviver no mesmo espaço universitário.

O que se pode perceber da análise da UBSF de acordo com as necessidades de saúde definidas por Cecílio e Matsumoto (2006) e Merhy (2007) é que a necessidade de boas condições de vida e a necessidade de ser alguém singular com direito à diferença são devidamente efetivadas. Em contrapartida, a necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe e a necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida não gozam da mesma efetivação. Nesse caso, afetadas por fatores de natureza exterior, que não dizem respeito ao modelo de UBSF em si, mas que incidem de forma negativa no seu trabalho, assim como ocorreu em alguns atributos. Além disso, entre esses dois extremos, a garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida aparece como sendo contemplada parcialmente.

Somados os 12 aspectos à luz dos quais se desenvolveu a análise do projeto da UBSF, incluindo os atributos da atenção primária e as necessidades de saúde, tem-se que 3 deles foram devidamente contemplados, 6 foram parcialmente contemplados e 3 não foram contemplados.

À luz da análise aqui realizada, o projeto da UBSF como um dispositivo da atenção básica se estabeleceu considerando grande parte do que se pensa sobre os atributos da atenção primária e as necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos. Quando não integralmente, pelo menos em parte. Sendo assim, é possível inferir alguns apontamentos e sugestões no sentido de que o modelo de UBSF alcance maior robustez e o aprimoramento de suas ações.

Primeiramente, sugere-se a ampliação das competências da atenção básica fluvial pelo aumento da equipe multiprofissional, para além da equipe mínima. Isso poderia ocorrer a partir da expansão do parâmetro atual da PNAB de até 2 profissionais de nível superior na composição da eSFF, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de NASF-AB. Dessa forma, o trabalho da unidade básica fluvial seria fortalecido e poderia ter sua resolutividade aumentada.

Outra sugestão seria o planejamento de uma grade de medicamentos e insumos específica para o perfil epidemiológico ribeirinho. Isso evitaria o esgotamento do estoque para certas medicações e o abastecimento superdimensionado para outras.

Por fim, manifesta-se a importância de que os profissionais que compõem a eSFF sejam instrumentalizados com o estabelecimento de ações de educação permanente/continuada e/ou cursos introdutórios descolonizadores, no momento de suas admissões, que partam de uma perspectiva pluriépistêmica e que os auxiliem na sensibilidade e abertura para com os saberes tradicionais. Desse modo, caminharia-se para uma prática profissional capaz de reconhecer, dialogar, incluir e integrar diferentes saberes, no cotidiano do serviço, que também fazem parte da construção do cuidado em saúde de diversas comunidades tradicionais, incluindo os ribeirinhos amazônicos.

## 6 CONCLUSÃO

O presente trabalho se debruça sobre a vivência junto a uma eSFF no decorrer do seu trabalho a bordo de uma UBSF, circunscrita num determinado local e a partir de um contexto específico. Existem outras experiências de eSFF que atuam em outros ambientes amazônicos. Dessa forma, seria interessante a análise e a compreensão da atuação e das principais questões dessas outras eSFF que produzem um trabalho semelhante ao que neste estudo foi analisado. Assim importaria, em posterior oportunidade de estudo, analisar outras experiências de UBSFs e, então, poder compará-las entre si e também com o trabalho aqui realizado, no que tange às principais questões percebidas nos seus cotidianos do serviço, seus impasses, suas estratégias e toda a complexidade vivenciada por essas equipes. Dito de outra forma, buscar a compreensão de como se organizam distintas eSFF para a devida construção de redes e produção de cuidado de comunidades ribeirinhas, no sentido de identificar possibilidades de aprimoramento e fortalecimento do projeto das UBSFs.

Ao se compreender a complexidade, as características e a natureza do trabalho executado por uma eSFF, afirma-se a importância de que sua atuação não se limite à dimensão macropolítica, sob pena de regras instituídas e prescrições sobrecodificarem a vida e as subjetividades, tomando emprestado os termos de ROMAGNOLI apud PEREIRA (2019, pág.107). Dessa forma, comunga-se da proposição de PEREIRA (2019, pág.107) de extrapolar a “compreensão macropolítica definida pelas regras e normas de atuação”, que não consegue isoladamente alcançar os “sujeitos reais envolvidos na ação do cuidado”. Em outras palavras, o agir em saúde no contexto do território líquido amazônico reforça a lógica da necessidade de uma atuação em saúde que transversalize as dimensões macro e micropolítica.

A matriz de análise utilizada neste trabalho se mostrou de grande valia para se analisar o projeto da UBSF, uma vez que alcança diversos aspectos sob os quais pode ser feito o trabalho analítico. Isso porque compreende aspectos como acessibilidade; utilização do serviço; acompanhamento, vínculo e relação dos usuários com a equipe de saúde; posicionamento e interlocução da UBSF com a rede; foco na família e na comunidade; o olhar sobre o território e sua cultura; condições de vida; direito à diferença; acesso a tecnologias de saúde; autonomia dos usuários. Ou seja, a matriz proposta permitiu que a análise da UBSF se desse de tal forma que abrangesse desde a logística e organização do trabalho até o que isso tudo representa de fato na vida do ribeirinho, principal motivo de existência de todo esse modelo inovador. No entanto, seria oportuno um instrumento que incluísse elementos

relacionados à rotina dos trabalhadores de saúde que compõem a eSFF nesse modelo de atenção à saúde. Além disso, que também incluísse os demais profissionais, que não são ligados à saúde, mas que de maneira inquestionável são decisivos para o pleno trabalho da equipe de saúde e o desdobramento das viagens, como os profissionais da tripulação, serviços gerais e cozinha(o). Em outros termos, analisar, avaliar ou monitorar um projeto inovador tal como a UBSF parece requerer que sejam constituídos instrumentos avaliativos que também sejam inovadores para que consigam fielmente corresponder com investigações justas e adequadas ao contexto apresentado. Sob o risco de que um trabalho que necessita ser entendido a partir de uma natureza flexível, que se adequa às condições do meio em que atua, seja influenciado por uma lógica de um território fixo, evitando que “aquilo que flutua também possa estar amarrado”.

Na medida em que se institui um novo modelo de atenção à saúde como a UBSF, faz-se uso da potência do território de águas, fortalecendo, legitimando e dignificando os modos de vida das populações ribeirinhas. Em vista disso, pode-se conceber a UBSF com um importante dispositivo de acesso à saúde na perspectiva da contemplação dos atributos da atenção primária e das necessidades de saúde de indivíduos e grupos, que coopera com a defesa da vida individual e coletiva. É um dispositivo que se insere na perspectiva de uma “vida boa” para aquelas populações e, assim, tem uma resposta positiva e que importa para o TU. Contudo, não se pode perder de vista que, como no caso experienciado, ainda se peca em estratégias que promovam o vínculo com os usuários e também no entendimento destes como sujeitos do saber e do fazer nos seus próprios meios de “andar na vida”.

A partir dos achados, para o alcance de maior robustez e o aprimoramento das ações da UBSF sugere-se a incorporação de uma lógica de trabalho que estabeleça dois ou três profissionais médicos(as) que sejam responsabilizados(as) pelas comunidades de uma determinada área, ainda que não sejam constantes, sejam fixos(as) na equipe, como estratégia para fortalecer vínculo usuário-equipe. Além disso, sugere-se ainda a ampliação das competências da atenção básica fluvial pelo aumento da equipe multiprofissional, para além da equipe mínima, no sentido de fortalecer o trabalho e aumentar sua resolutividade. Ademais, recomenda-se o planejamento de uma grade de medicamentos e insumos específica para o perfil epidemiológico ribeirinho. Por fim, a instrumentalização dos profissionais com o estabelecimento de ações de educação permanente/continuada e/ou cursos introdutórios descolonizadores, no momento de suas admissões.

O trabalho aqui realizado contribui para o campo da Saúde Coletiva no sentido de expandir os estudos sobre a atuação das eSFFs que se dedicam à saúde de populações

ribeirinhas amazônicas. Além disso, colabora para a visibilização do trabalho da atenção primária, nesse contexto. Assim, promove reflexões que confrontam as especificidades ribeirinhas com as políticas públicas para o respectivo cenário. Dessa forma, soma conteúdos às outras contribuições na literatura sobre a constituição de redes de atenção à saúde para populações ribeirinhas e contribui para uma bibliografia capaz de nos auxiliar na compreensão das questões de saúde de populações em situações distintas daquelas dos centros hegemônicos urbanos, inspirando futuros estudos neste tema.

Particularmente, a realização desse trabalho representa mais uma etapa de avanço nos investigações relacionadas às RAS, o que me faz ratificar a ideia utilizada em oportunidade de estudo anterior, que afirma tais redes como reificação e palavra de ordem. Nesse sentido, intento seguir trabalhando com a temática das RAS, no âmbito do programa de mestrado em Saúde Coletiva, principalmente com foco nas questões referentes aos territórios líquidos amazônicos.

Por fim, a adaptação na UBSF envolve um processo de desterritorialização, caracterizado pelo encontro entre práticas previamente naturalizadas nas “instituições de origem” pelas quais já passei com as práticas do local onde estive inserido, sendo responsável por rupturas de conceitos já enraizados em minha atuação como sanitarista.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução da 1 edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BARBOSA, C. Território líquido: saúde sobre as águas. **Revista Fiocruz Amazônia**, Manaus, v. 2, n. 2, p. 33-42, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **APS Forte para o SUS: Acesso Universal**. Brasília: OPAS, 2019. (Série técnica NavegadorSUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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 (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2011.

BRUM, E. **Brasil, construtor de ruínas**: um olhar sobre o país, de Lula a Bolsonaro. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2019.

BUBER, M. **Eu e tu**. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001. 170 p.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> - Acessado em: 02 abr. 2020. 20:58h.

CARVALHO, José Jorge de. Das cotas ao Encontro de Saberes. *In*: COSTA, Joaze Bernardino; TORRE, Nelson Maldonado; GROSFUGUEL, Ramón (org.). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. p. 70-106 (Coleção Cultura Negra e Identidades).

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ, 2006. p. 37-50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tefé: panorama**. [S. l.]: IBGE, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/tefe/panorama>. Acesso em: 20 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Amazônia legal**. [S. l.]: IBGE, 2014. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 20 abr. 2020.

KADRI, M. R. E. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, 2019.

LAVOR, A. O cuidado ancora nas margens do rio. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 211, p. 18-25, abr. 2020a.

LAVOR, A. UBS fluvial traduz a equidade: entrevista com Maria Adriana Moreira **Radis**, Rio de Janeiro, n.211, p. 26-27, abr. 2020b.

LIMA, M. C. **Saúde rural**: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira-SP. 2016. 137 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

LIMA, R. T. S. *et al.* Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. *In*: CECCIM, R. B. *et al.* (org.). **Intensidade na atenção básica**: prospecção de experiências ‘informes’ e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 269-293.

MENDONÇA, P. E. X. **Sem soberania**: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas. 2015. 118 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. *In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PEREIRA, F. R. *et al.* O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. *In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (org.). Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 311 p. (Série Saúde & Amazônia, 8).

SANTOS, M. **O espaço do cidadão.** 7. ed. São Paulo: Edusp. 2007.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** São Paulo: Bomtempo, 2007.

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. *In: CECCIM, R. B. et al. (org.). In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede.* Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-132.

SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. *In: SCHWEICKARDT, J. C.; EL KADRI, M. R.; LIMA, R. T. S. (org.). Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. 311 p. (Série Saúde & Amazônia, 8).

SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (org.). **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 316 p. (Saúde & Amazônia, 2).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, C. F.; SOUZA, M. J. M.; VERAS, M. F. P. A vida ribeirinha amazônica: alteridade, territorialidade e invisibilidade. **Anais dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu UniEVANGÉLICA**, v. 3, n. 1, jan./jul. 2019.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde: mediações de um conceito.** 1991. 765 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.