



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE - ILMD
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA
AMAZÔNIA-PPGVIDA

FRANCINE REBELLO PEREIRA

A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA: EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA – eSFR

Manaus-AM
2018

FRANCINE REBELLO PEREIRA

**A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA: EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA – eSFR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Processo saúde, doença e organização da atenção a populações Indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

ORIENTADOR: Dr. Júlio César Schweickardt

**Manaus-AM
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA

P414m

Pereira, Francine Rebello.

A micropolítica do trabalho e do cuidado no território da Amazônia:
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha - Esfr. / Francine Rebello
Pereira. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

84 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde
na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Saúde da família 2. Equidade em saúde 3. Ribeirinhos –
Amazônia I. Título

CDU 614(811) (043.3)

CDD 362.109811

22. ed.

FRANCINE REBELLO PEREIRA

A micropolítica do trabalho e do cuidado no território da Amazônia: Equipe De Saúde da Família Ribeirinha – ESFR

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (orientador)
Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia

Manaus, 03 de outubro de 2018.

Dedico esta pesquisa a todos profissionais da saúde pública comprometidos com a ação do cuidado na Amazônia, que adaptam seus conhecimentos e práticas, que questionam o instituído, e que defendem a resolução dos agravos sociais em benefício da saúde e da vida das pessoas que habitam esse território. Esta homenagem, em especial, se dá aos profissionais que não detêm de títulos formais na área da saúde, mas que salvaguardam, nessas práticas de cuidado, os conhecimentos tradicionais que tanto nos tem a ensinar sobre as práticas de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Júlio Cesar Schweickardt**, por todo conhecimento compartilhado, por provocar em mim inquietações que me transformam e me fazem crescer enquanto sujeito, pelo apoio e tranquilidade que me inspirou na elaboração da pesquisa.

A instituição **Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ**, em especial ao Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação** em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia – PPGVIDA, pela dedicação à docência e pelo conhecimento partilhado.

Aos colegas da **turma do PPGVIDA-2016**, pelos risos, trocas, parcerias e amizades consolidadas.

A todos os **colegas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia** – LAHPSA.

Aos Professores **Luciano Bezerra Gomes** e **Rodrigo Tobias de Sousa Lima**, pela importante contribuição na construção da pesquisa.

Aos **profissionais da saúde do município do Careiro-AM** que me acolheram com muito carinho durante os dias de coleta de campo.

A **Secretaria de Saúde do município do Careiro-Am**, em particular a Aldinéia Pascoal da Silveira, pela anuência.

A **Universidade Federal do Amazonas**, ao qual sou servidora, em especial a Faculdade de Artes – FAARTES pela liberação para a realização do mestrado. A **Orlane** e **Valter** pelo incentivo ao aprimoramento acadêmico.

A minha família, em especial a **meu pai**, por inspirar sonhos; e a **minha mãe**, por ter dedicado tanto tempo da vida a minha educação. Ao meu esposo, **Cristian**, pelo afeto, encorajamento e apoio incondicional durante realização do mestrado. Ao meu irmão, **Leví**, e aos bebês **Louise, Lorenzo** e **Luís**, por serem luz na minha vida.

RESUMO

PEREIRA, F. R. A micropolítica do trabalho e do cuidado no território da Amazônia: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR. 2018. 84 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Instituto Leônidas Maria Deane – ILMD/ Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Manaus, Amazonas.

A referente pesquisa tem por objetivo analisar a micropolítica do trabalho das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR. O Careiro foi o município do Estado do Amazonas escolhido para compreender a atuação das eSFR, por se tratar de um ambiente caracterizado como várzea, que apresenta a dinâmica da cheia e da vazante do rios, gerando particularidades na execução do serviço, em um lugar que favorece a invenção e a inovação. A Cartografia e o diário de campo foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados, analisadas sob a ótica da Micropolítica do Trabalho. Esta investigação torna-se importante por dar visibilidade às ações de saúde para as populações ribeirinhas da Amazônia e por demonstrar como o território gera implicações na dinâmica do trabalho em saúde, favorecendo reflexões sobre a atuação das políticas públicas de saúde em diferentes territórios.

Palavras-chave: serviços de saúde, saúde da família, equidade em saúde, Amazônia.

ABSTRACT

This research aims to analyze the micropolitics regarding the work developed by the Health Teams of the Riverine Family (HtRF - or eSRF for its acronym in Portuguese). Amongst Amazonas's counties, Careiro was chosen to understand the performance of the HtRF because it is an environment characterized as floodplain, which presents the dynamics of the river's ebb and flow, generating particularities in the execution of the services, in a place that favors invention and innovation. Cartography and the field diary were used as instruments for the data collection and this data was analyzed from the perspective of the Micropolitics of Work. This research is important because it gives visibility to health promotion drives involving the riverside Amazon population and demonstrates how the territory generates implications in the dynamics of health related work, favoring reflections on the performance of public health policies in different social contexts.

Keywords: healthcare services; family health; health equity; Amazon;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa do Município do Careiro-AM

Figura 2 – Lancha utilizada pela eSFR. Porto da Comunidade Sumaúma no Careiro-AM

Figura 3 – Lago do Tapeje no período da cheia, Careiro-AM

Figura 4 – Lago do Tapeje no período da seca, Careiro-AM

Figura 5 – Sede municipal, a Comunidade Sumaúma, e a Comunidade do Tilheiro, Careiro-AM

Figura 6 – Vista principal da Comunidade do Tilheiro, Município do Careiro-AM

Figura 7 – UBS São Raimundo, Comunidade do Tilheiro, Careiro-AM

Figura 8 – Área de atuação da eSFR-Tilheiro, Careiro-AM

Figura 9 – Enfermeira e ACS planejamento das visitas, Comunidade do Castanho, Careiro-AM

Figura 10 – Enfermeira e ACS realizando atendimentos na escola, Careiro-AM

Figura 11 – Proteção do sol: chapéu, camisa de manga e guarda-sol, Careiro-AM

Figura 12 – eSFR: Percurso a pé, Careiro-AM

Figura 13 – Barqueiro da eSFR pesando e medindo as crianças da família, Careiro-AM

Figura 14 – Trabalho da eSFR, Careiro-AM

Figura 15 – Teste de glicemia, Careiro-AM

Figura 16 – Trabalho da eSFR, Careiro-AM

Figura 17 – Dia a dia dos ribeirinhos, Careiro-AM

Figura 18 – Técnica da eSFR recebendo cuidados, Careiro-AM

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

ESF – Estratégia Saúde da Família

eABP – Equipe de Atenção Básica Prisional

eCR – Equipe de Consultório na Rua

eSFF – Equipes de Saúde da Família Fluviais

eSFR – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILMD – Instituto Leônidas Maria Deane

LAPHSA – Laboratório de Políticas Públicas, História e Saúde na Amazônia

PCFA – Populações do Campo, Floresta e Águas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPCA – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidades Básicas de Saúde Fluviais

UBS – Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
3. METODOLOGIA.....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	17
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	18
3.4 O MÉTODO CARTOGRÁFICO	18
3.5 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	21
3.6 ANÁLISE DOS DADOS SOB A PERSPECTIVA DA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO	21
3.7 ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS	26
4. DISCUSSÃO E RESULTADOS	26
4.1 A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE EQUIDADE.....	26
4.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHAS.....	32
4.3 O TERRITÓRIO LÍQUIDO NA AMAZÔNIA.....	34
4.4 A ESCOLHA DO CAMPO.....	38
4.5 SENTIMENTOS QUE ANTECEDEM A IDA A CAMPO.....	40
4.6 POPULAÇÃO E TERRITÓRIO RIBEIRINHO	42
4.7 ATRAVESSANDO O RIO: DA CAPITAL MANAUS A SEDE DO MUNICÍPIO DO CAREIRO-AM.....	44
4.8 ATRAVESSANDO A RODOVIA BR-319: DA SEDE DO MUNICÍPIO DO CAREIRO A COMUNIDADE SUMAÚMA.....	46
4.9 ATRAVESSANDO MAIS UMA VEZ RIO: DA SEDE MUNICIPAL DO CAREIRO A COMUNIDADE DO TILHEIRO.....	50

4.10 NAVEGANDO SOBRE AS ÁGUAS: DA COMUNIDADE TILHEIRO AS COMUNIDADES RIBEIRINHAS.....	54
4.10.1 LAGO CASTANHO: TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA ESFR.....	54
4.10.2 LAGO DO JANAUCÁ: TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA ESFR.....	58
4.10.3 LAGO DO TAPEJE: TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA ESFR.....	62
4.11 IMPLICAÇÕES DA NOVA PNAB NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, através da Portaria Nº 2.488\2011, estabeleceu a criação de equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações específicas da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, em função das suas especificidades locais, tendo por foco a população ribeirinha (BRASIL, 2011). Os municípios que pertencem a estas regiões podem, entre outras categorias da Estratégia Saúde da Família – ESF, optar pelo arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR.

A ação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR é caracterizada pela prestação dos serviços de saúde vinculados a Unidades Básicas de Saúde construídas e localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita do município, cujo acesso se dá por via fluvial (BRASIL, 2011). O objetivo desta intervenção é a disponibilidade de serviços de saúde para as comunidades que se localizam distantes das sedes dos municípios, onde se concentram os serviços de atenção à saúde.

Os ribeirinhos da Amazônia são denominados povos das águas por viverem em áreas que estão sujeitas a inundações sazonais, o termo é usado em oposição aos povos de Terra Firme. Eles se caracterizam como grupos populacionais que moram em pequenas comunidades, localizadas próximo aos rios, igarapés, igapós e lagos que formam o complexo estuário amazônico (SCHERER, 2004). Sua definição é importante para compreendermos a caracterização desses povos, no entanto, diferenciar essa população das outras não é o suficiente para explicar a sua complexidade existencial, o que gera implicações nas ações e nos serviços de saúde, uma vez que o dia a dia do serviço das equipes que atuam no território amazônico é orientado para a superação das adversidades que ultrapassam a perspectiva da atenção em saúde, a partir de uma agenda de trabalho orientada para o território (KADRI; SCHWEICKARDT, 2016).

Uma característica do território na região amazônica é que o acesso a determinadas comunidades ribeirinhas só é possível, em alguns casos, por meio do transporte fluvial, sendo inacessível por outras vias, como a terrestre, por falta de estradas e rodovias, além de outras determinações naturais, como o sistema de cheia

e vazante dos rios, que modificam a paisagem e o acesso a essas comunidades de acordo com cada época do ano. Essas condições afetam não só a atenção à saúde da população, geram um ambiente de trabalho diferenciado para as equipes de saúde da família, que se deslocam da sede municipal, onde se concentra a mão-de-obra especializada, para atuar em um território distante e com dificuldades de acesso. Pressupondo a necessidade não só de uma organização logística diferenciada para atuar no território, como também uma formação que atente para realidades sociais que estão longe dos centros convencionais de atenção, como hospitais, ambulatórios e enfermarias.

O território na organização do sistema de saúde é entendido não somente como espaço geográfico, mas como uma rede de pessoas, instituições e um conjunto de serviços oferecidos, diferenciando-se do ambiente padronizado de saúde (FERLA et al., 2015). “(...) não é mais a evolução da doença (...) o que define e caracteriza a demanda para o trabalho em saúde, é o território de existência das pessoas (...)” (FERLA et al., 2015, p.14). Ele se constitui pelas relações dos serviços e os modos de existir dos usuários, a partir da construção das suas próprias redes de saúde. Desta forma, a compreensão do território e do grupo amazônico, a quem o trabalho em saúde se destina, criam efeitos na organização do trabalho, e precisam ser evidenciados a fim de gerar novas reflexões sobre a atuação das equipes de saúde em diferentes territórios.

O trabalho em saúde precisa ser constantemente reinventado a fim de promover a emancipação das pessoas e garantir a resolução dos seus problemas, não apenas no aspecto clínico da saúde como também nos de ordem social. A necessidade de reinventar a ação social se dá, sobretudo em áreas localizadas fora dos centros hegemônicos, nos países do Hemisfério Sul, regiões periféricas e semiperiféricas do sistema mundial, em função dos múltiplos aspectos de sua diversidade cultural, que permanecem invisíveis ao conhecimento do mundo, e por isso podem ser caracterizadas como não existentes (SANTOS, B. S., 2007). Desta forma, dar visibilidade a esses grupos culturais representa torná-los existentes, a fim de se apropriarem cada vez mais da sua cultura, seus potenciais, seu poder de decisão e autonomia.

Um novo modo de produção do conhecimento precisa ser compartilhado, destacando as experiências locais associadas às concepções de vida e de mundo da população investigada a partir de teorias que se ajustem a realidade do lugar, apresentando as multiplicidades existenciais presentes no território. Boaventura de Souza Santos (2007) sugere, através de sociologia das ausências, a transformação das ausências em presenças, a fim de combater uma análise epistemológica reducionista de exclusão e hierarquização de realidades globais. Afinal a produção do saber não pode ser pautada em padrões científicos que promovam relações de valor e poder entre as culturas, em função de um modelo global de referência. A sociologia das ausências propõe a superação das monoculturas do saber científico dominante, centrada no universalismo e na globalização, no tempo linear e na naturalização das diferenças.

A criação das equipes de atenção à saúde voltada para o atendimento de populações ribeirinhas é relativamente nova, considerando a publicação do manual da PNAB em 2012. Deste lá, poucas pesquisas sobre a dinâmica de atuação dessas equipes estão sendo realizadas. O Laboratório de Políticas Públicas, História e Saúde na Amazônia – LAPHSA, por sua vez tem coordenado algumas destas pesquisas. Há poucos registros em publicações científicas e trabalhos acadêmicos, além dos documentos do Ministério da Saúde, que tratem especificamente sobre o tema das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha. Desta forma, o cotidiano do trabalho das equipes fica registrado somente nas ações locais, com poucas possibilidades de divulgação e de estudo sobre essa modalidade de trabalho. Do mesmo modo, é importante destacar que há certo ineditismo na reflexão que relacione as especificidades culturais e sociais dos ribeirinhos com uma política pública no contexto da Amazônia.

O Careiro foi o município do Estado do Amazonas escolhido para compreender a atuação das eSFR, por se tratar de um ambiente caracterizado como de várzea, que apresenta a dinâmica da cheia e da vazante, do rios, lagos e igarapés que entrecortam o município. Esta investigação torna-se importante não apenas para dar visibilidade às ações de saúde para as populações ribeirinhas da Amazônia, tem como

objetivo demonstrar como o território pode gerar implicações na dinâmica do trabalho em saúde, gerando reflexões sobre os aspectos culturais que permeiam as ações da atenção básica no sistema de saúde brasileiro.

A natureza desta pesquisa qualitativa utilizou a cartografia e o diário de campo como instrumentos para a coleta de dados, que serão analisadas sob a ótica da micropolítica do trabalho, desenvolvidos por Merhy (2002), Franco, Merhy (2013) e Feuerwerker (2014), tendo sido aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa através do CAEE 84024018.1.0000. Esta pesquisa compõe o projeto “Territórios, Redes Vivas e Práticas de Saúde na Amazônia” e pertence ao Laboratório de Políticas Públicas, História e Saúde na Amazônia – LAPHSA, do Instituto Leônidas Maria Deane – ILMD, que compõe a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

A dissertação está dividida em três partes. A primeira parte apresenta os principais objetivos da pesquisa e descreve os seus aspectos metodológicos: o cenário e os sujeitos da pesquisa, o método cartográfico, a técnica de coleta e análise de dados. A segunda parte apresenta uma contextualização a cerca da Atenção Básica e o histórico da elaboração de políticas de equidade no Sistema Único de Saúde até a criação e o funcionamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas. A terceira parte expõe o processo de trabalho das Esquipes de Saúde Ribeirinha no município do Careiro-AM e as especificidades do território Amazônico, tendo como referência o método cartográfico.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar a micropolítica do trabalho das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha no território amazônico de várzea.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Investigar a organização do trabalho em saúde das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e as características do território no município Careiro-AM;

2) Descrever a rede de serviços de saúde e compreender a produção do cuidado das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas na relação com os usuários.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A natureza da pesquisa será qualitativa, cujo método se aplica ao estudo da história, das relações das pessoas e do seu cotidiano. Trabalhar conceitos que integram aspectos tanto objetivos quanto subjetivos, expostos a contrastes e mudanças, dependentes de múltiplos fatores na sua constituição, determina o uso da pesquisa social como forma de abordagem.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município do Careiro, no Estado do Amazonas, foi escolhido para compreender a atuação das eSFR como estudo de caso. Mais conhecido como Careiro Castanho, está localizado a 124 km de distância da capital Manaus. O Careiro possui extensão territorial de 6.096 km², tem atualmente uma população estimada de 36.922 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016).

Figura 1 - Mapa do Município do Careiro-AM



Fonte: Google, 2018. Organizado por Francine Rebello Pereira (neste trabalho).

O ambiente de várzea na Amazônia apresenta uma ligação direta com o rio e sua dinâmica, a partir das transformações sazonais que ocorrem devido às mudanças fluviais de cheia e vazante. A várzea influencia na forma de organização sociocultural dos moradores das comunidades ribeirinhas, no modo como as relações sociais são estabelecidas e na maneira como os seus habitantes desenvolvem suas atividades econômicas (MATOS; NOGUEIRA, 2015). O município representa as particularidades desse ambiente caracterizado por estas duas unidades paisagísticas distintas resultantes da dinâmica das águas.

O município do Careiro possui 12 Unidades Básicas de Saúde, deste total, apenas quatro oficialmente tem Equipes Ribeirinhas, no entanto, nove destas unidades atendem populações ribeirinhas devido à configuração do território e da população. Atualmente está havendo um esforço por parte da secretaria de saúde do município em ampliar o cadastramento das eSFR, a fim de aumentar a cobertura da atenção à saúde dessa população.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, que atuam no município do Careiro, foram a fonte direta para a coleta de dados primários. Atualmente existem quatro eSFR implantadas no município, delas três compõe o foco de estudo desta pesquisa, incluindo a participação dos trabalhadores efetivos da eSFR que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

3.4 O MÉTODO CARTOGRÁFICO

A investigação cartográfica é um método de pesquisa-intervenção não prescritivo, que traça suas metas na experiência prática, através das pistas que são lançadas em sua imersão em campo, a partir de um saber que emerge do fazer (PASSOS, BARROS, 2015, p.17-18). O foco da investigação vai sendo estabelecido à medida que se inicia a pesquisa.

Consideramos que um processo de investigação é sempre interessado, porque se inicia a partir de certas dúvidas e inquietações que levam a

problematizações, que, por sua vez, apontam para necessidade de estudar o objeto em questão. Desse modo, como o pesquisador não é neutro em suas escolhas, faz recortes de partes da realidade a ser investigada a partir de suas implicações. (BERTUSSI, et. al, 2011, p.2)

Formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari a metodologia cartográfica não se vincula as regras e sim a agenciamentos, evidenciando uma multiplicidade provem de um sujeito significativo (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.11-12) na interação com outros sujeitos também significantes, todos susceptíveis a forças, sentimentos e intensidades, o verdadeiro objeto da pesquisa cartográfica. Os agenciamentos, por tanto se referem às multiplicidades do sujeito e suas inúmeras conexões existenciais.

Criticando as formas de produzir conhecimento que “abortam” a multiplicidade e “enxertam” teorias de perspectiva objetiva, Deleuze e Guattari problematizam a posição do sujeito submetido a esta lógica linear, impedido de fazer uso de uma posição ambígua, a que todos estão sujeitos, ou mesmo impedido de assumir uma posição que se opõe à própria ideia de verdade, não sendo por tanto autodeterminada, mas de certo modo impositiva e não racionalizada, conformando-se com uma sobredeterminação suplementar a sua própria verdade existencial (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.14). Partindo desta reflexão e compreendendo a possibilidade de superação, os autores sugerem a visibilidade dos múltiplos, no nível real a que se dispõe, estimulando a experimentação das mais distintas realidades, sujeita as mais constantes variações, produzindo fatos a partir da perspectiva dos sujeitos implicados na sua constituição de verdade.

Desta forma, a cartografia é reconhecida como uma forma de produzir conhecimento que visa acompanhar processos (CARVALHO E FRANCO, 2015, p. 868), uma vez que a realidade está em constante transformação e movimento, composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força a serem consideradas em sua complexidade e singularidade (FERIGATO, CARVALHO, 2011, p. 5). Os atores implicados são muitos em si mesmos, eles mudam de lugar, expressam-se em diferentes planos, de distintas formas, conforme afetam e são afetados (BERTUSSI, et. al, 2011, p.2).

A constituição de territórios existenciais é a finalidade do método Cartográfico (ROLNIK, 1989, p.2), que incluem formas de compreensão e visibilidade dos múltiplos sentidos de produção da vida, captando a expressão desejante dos diferentes coletivos implicados no cenário da pesquisa (BERTUSSI, et. al, 2011). Nesta perspectiva Suely Rolnik (1989, p.1) direciona a prática cartográfica sob a perspectiva das formações do desejo no campo social. Segundo a autora, o critério da Cartografia é compreender as matérias de expressão, as composições da linguagem que favorecem a passagem das intensidades que percorrem o corpo no encontro com outros corpos (ROLNIK, 1989, p.1), corpos que se afetam nesse encontro, encontros que agenciam o desejo e ampliam a potência (BERTUSSI, et. al, 2011, p.1). O que há por todos os lados são intensidades, afetos e desejos buscando expressão (ROLNIK, 1989, p.1). Captar essas manifestações dos sujeitos implicados na pesquisa é o objetivo principal da Cartografia Sentimental.

A metodologia cartográfica é uma vivência em que o pesquisador está envolvido na experiência existencial que ele proporciona na produção do conhecimento (CARVALHO, FRANCO, 2015, p. 869). “O cartógrafo é um pesquisador implicado”, que “como tal, também se modifica no processo de pesquisa”, através de uma produção do mundo e de si que são simultâneos (CARVALHO, FRANCO, 2015, p. 869).

A proposta cartográfica “se oferece como trilha para acessar aquilo que força a pensar, dando-se ao pesquisador, como possibilidade de acompanhamento daquilo que não se curva à representação” (BERTUSSI, et. al, 2011, p.6). Afinal, conforme Suely Rolnik (2016) não se trata apenas do olho captando uma imagem, a realidade capturada pelos olhos flui para o corpo, e os corpos vibram diante dos encontros (ROLNIK, 2016, p.32), este fato pode passar despercebido dentro de uma perspectiva metodológica enrijecida, mas para a cartografia os corpos são inevitavelmente tocados pelo poder de atração e repulsa, uma verdadeira mistura de afetos e expressões.

A cartografia no contexto do trabalho em saúde busca visibilizar, por meio das relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e

também de não cuidado, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, que traduzem o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários (FEUERWERKER , 2014). Não se pretende exclusivamente valorizar os êxitos destas vivências, mas, sobretudo colocar em debate a maneira possível de fazer saúde a partir dos conhecimentos existentes e disponíveis no cenário local (BERTUSSI, et. al, 2011, p.2), ampliando a discussão e o conhecimento sobre os modos reais de se produzir cuidado em saúde, a partir da interação: trabalhador, usuário, território, e também, pesquisador, uma vez que as cartografias trazem as marcas dos encontros que a constituem.

3.5 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Diário de Campo: Representa um método de registro do cotidiano e das vivências dos pesquisadores no cenário da pesquisa a partir de suas narrativas, evidenciando situações, acontecimentos e sentimentos durante a realização da pesquisa.

Observação Participante: Durante a coleta de dados, foi utilizado o método de observação, na qual, se mantém a presença do observador na situação social da investigação, por um tempo determinado, a partir de sua proximidade e interação com os interlocutores em seu cenário, tendo por objetivo partilhar do seu cotidiano.

Roteiro: Foi elaborado como guia para fomentar o diálogo com os sujeitos da pesquisa tendo por base os objetivos da pesquisa e as possibilidades de investigação dentro de cada uma de suas categorias. O roteiro foi construído antes e durante a coleta de dados, na forma de processo, suscetível a mudança à medida que os encontros agenciavam dúvida, estranhamento, questionamento, e, sobretudo, à medida que os próprios sujeitos compartilhavam novas perspectivas não previstas antecipadamente pelos pesquisadores, estando sob a guarda e acesso exclusivo destes.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS SOB A PERSPECTIVA DA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO

Sentimentos surgem o tempo todo em função das atividades que realizamos, a partir do contato com as pessoas com quem convivemos e dos conteúdos que

emanam destes diálogos, exercendo influência no nosso modo de estar no mundo (MERHY et al., 2014). E precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar em formas de aproximação ou afastamento e conseqüentemente a forma como entramos em conexão ou não com outras vidas (MERHY et al., 2014). É com base nesses sentimentos que a produção do cuidado em saúde é construída, deslocando a ação técnica para a perspectiva das relações interpessoais.

A micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde acontece a partir da interação entre pessoas, trabalhadores e usuários, cada um com ideais, valores e concepções a cerca da saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado, dessa forma todos fazem uso de seus espaços de autonomia para agir de acordo com o que lhes parece correto, tendo como ponto de partida a sua posição no serviço. Tencionando a polaridade entre autonomia, controle e as normas e regras instituídas (AKERMAN; FEUERWERKER, 2007), tecendo uma complexa rede de variáveis que formam o plano micropolítico das relações.

O trabalhador supera as regras instituídas, subvertendo a ordem da organização da rede de saúde, excessivamente normatizada, tem certa autonomia para tomar decisões no seu encontro com o usuário, para além do que está normatizado e protocolado como forma de atuar, ele domina certo espaço no processo de trabalho estabelecendo relações com os usuários por meio da sua criatividade e autogoverno (FRANCO, 2013). As tecnologias leves, descritas por Merhy e Franco (2013), representam a forma que os profissionais da saúde adequam o seu conhecimento técnico às necessidades do usuário no momento do atendimento, através de uma relação de compromisso e responsabilização, correspondendo com as expectativas de resolutividade do usuário. Desta forma, o trabalho vivo em ato (MERHY, 2013) representa as adequações necessárias para o trabalhador agir com maior liberdade em sua relação com o usuário com o objetivo de produzir o cuidado.

O usuário, por sua vez, procura obter no encontro com o trabalhador da saúde uma relação de compromisso que tenha como base a responsabilização e a confiança na intervenção (MERHY, 2013). A necessidade de saúde neste momento está sendo representada como um problema, sofrimento, risco de sofrimento, ou até

mesmo a possibilidade de morte, ou seja, envolve uma questão de saúde a ser enfrentada de modo urgente, com expectativas de solução por parte do usuário que busca os serviços de saúde (MERHY, 2013). O cuidado, no entanto, é estabelecido não apenas no esforço do trabalhador da saúde em resolver as demandas do usuário, o cuidado está intensamente presente na esfera afetiva, no envolvimento com o outro, em todas as dimensões possíveis, através de linhas e fluxos de diferentes sentidos e intensidades (FEUERWERKER, 2014).

A aproximação entre os trabalhadores e os usuários nos serviços de saúde envolve um encontro de situações, concepções e expectativas nem sempre equivalentes (MERHY, 2013). Neste encontro, o usuário tanto é o objeto das práticas de saúde do ato produtivo de quem possui o saber técnico, quanto um agente ativo que interfere na dinâmica do trabalho (FEUERWERKER, 2014). O usuário também tem autonomia para decidir se vai acatar ou não as decisões do profissional de saúde, portanto, estas particularidades abrem espaço para reflexões sobre as relações de poder que ocorrem a partir dos vínculos estabelecidos no trabalho em saúde. “Os usuários são redes vivas de si próprios, uma vez que estão o tempo inteiro produzindo movimentos, caminhos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados” (MERHY et al., 2014, p.155).

A micropolítica do trabalho e do cuidado, portanto se faz nos encontros entre trabalhadores e usuários através das práticas de atenção a saúde. Conforme Merhy (2013) a relação dos trabalhadores de saúde e usuários, no dia a dia, é permeada por modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades. A micropolítica do trabalho em saúde é entendida como o plano onde ocorrem os processos de subjetivação, analisando como, em cada território se fabricam as relações, os seus limites e as suas possibilidades, a partir das relações de poder e resistência ao poder mediados neste encontro. É neste plano micropolítico de produção do mundo que se fabricam os territórios existenciais e onde ocorrem os processos de subjetivação (FEUERWERKER, 2014).

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo

dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento (MERHY et al., 2014, p.157).

Atenção Básica no Sistema Único de Saúde-SUS está em permanente construção, sujeita a inúmeras modificações a partir de uma constante necessidade de aprimoramento e adaptação, comprometida com ampliação e aprimoramento da assistência: “(...) as formas de organização e de produção do trabalho em saúde têm sido constantemente convocadas a modificar suas práxis (...)” (ROMAGNOLI, 2016). Afinal, são as experiências no cotidiano do trabalho que evidenciam as dificuldades a serem superadas a partir da experiência concreta das pessoas vivem o SUS, sejam como usuários, trabalhadores da saúde, pesquisadores, que juntos representam o coletivo de “forças” que o compõe, e que orientam o aprimoramento das normas e suas “formas” (ROMAGNOLI, 2016). Segundo a autora as práticas de cuidado nos SUS se dão entre forças e formas que coexistem, sempre em movimento, partindo do princípio de que são as forças que devem mobilizar as formas.

Os territórios de ação das equipes não são homogêneos, as condições sociais e as realidades cotidianas são muito variadas (ROMAGNOLI, 2016). O Brasil é um país com grande dimensão territorial, apresenta diversidade não apenas geográfica, mas também cultural, e social, frutos de um processo sócio histórico específico, de acordo com cada região do país, e particularmente, com a história de cada lugar e das vidas que a compõe. Esta particularidade exige dos trabalhadores da saúde variados modos de exercer as práticas do cuidado que correspondam com o território.

Não é apenas o trabalho, a equipe ou a própria população que precisam se apropriar da política, a política necessita ser flexibilizada para incorporação e *valorização dessas existências*, a fim de favorecer o estabelecimento de vínculos e promover a emancipação social dos sujeitos, que agem de acordo com suas práticas, saberes e experiências. “Encontrar um modelo de atenção à saúde para o SUS significa

conviver com as mais diversas possibilidades de se produzir saúde” (GOMES, 2015, pg. 13).

Ceccim e Kreutz (2016) ao problematizam “a perda da capacidade de diferenciação” do modelo único e centralizador na execução das ações públicas em saúde, que subjuga a capacidade de dialogar com o *inusitado*, reduzindo a *escuta dos fatores de diferenciação*, sugerem a “prospecção” de modelos *reais e inovadores* sobre o fazer saúde, a partir de procedimentos resolutivos que se *sobrepõe ao estipulado pela política* nos distintos cenários que compõe a vida (pg. 20-22), dando desta forma visibilidade às ações em saúde que estão em curso nos territórios multifacetados e multirreferenciados de nossas equipes, cidades, geografias, culturas, e apresentá-las como potência, a fim de produzir políticas a partir dos próprios protagonistas que vivenciam essas realidades (CECCIM, KREUTZ, 2016, pg. 23 -25).

A prospecção gera identificação de modelos e práticas das redes vivas em ato, capturando as potências: “(...) funciona como uma cartografa, mas não exatamente como uma pesquisa científica, acumula evidências, mas não as converte em modelos de verdade, desafia percursos e itinerários, mas não confecciona diretrizes e protocolos” (CECCIM, KREUTZ, 2016, pg. 23). Propondo uma ação menos impositiva e mais agenciadora (...). Não se tratará de negar o conhecimento tecnocientífico e sim se apropriar das múltiplas experiências em distintos cenários, partilhá-las, valorizando as possibilidades de que são portadoras, e movendo responsabilidades (CECCIM, KREUTZ, 2016, pg. 20 -22).

A prática de saúde é viva, é dinâmica, é mutável. CECCIM, KREUTZ (2016, pg.28). Os autores nos convidam a (...) encontrar novas tensões, paradoxos e potências, o repensar constante, a atualização permanente em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva (CECCIM, KREUTZ, 2016, pg. 23-25). Entendendo que não há uma Atenção Básica, mas diferentes formas de produzir saúde em um campo que deve ser o do acolhimento, reconhecimento e projeção de ações de cuidado (CECCIM, KREUTZ, 2016, pg. 23-25).

As relações de poder ultrapassam a perspectiva da dominação de um sujeito sobre o outro, a partir de uma resignificação, o poder pode ser caracterizado como a

capacidade de afetar e ser afetado, deslocando o plano dos processos biológicos da saúde para a esfera subjetiva da inteligência, do afeto, da cooperação e dos desejos (FEUERWERKER, 2014). Abre-se a perspectiva de subjetivação em defesa da vida, e a possibilidade de mudança sobre as formas de produção do saber (FEUERWERKER, 2014), onde a hierarquia do conhecimento é deixada de lado como prática de saúde, favorecendo as relações com o outro em um encontro permeado pelo cuidado.

A atuação das Equipes da Saúde da Família são pautadas no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, voltadas para o atendimento das necessidades de populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária, observando critérios de risco e vulnerabilidade, além da singularidade e inserção sociocultural dessas populações, a fim de que toda demanda, necessidade de saúde, ou sofrimento, devam ser acolhidos e solucionados (BRASIL, 2011). “O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais, e do exercício da vida” (SANTOS M., 2007, p.22). Estes fatores interagem diretamente na relação micropolítica entre os agentes sociais que fazem uso do território.

3.7 ANÁLISE CRÍTICA DOS RISCOS E BENEFÍCIOS

A Resolução 466/2012 CNS-MS prevê que pesquisas com seres humanos podem apresentar danos e riscos imediatos ou futuros aos sujeitos pesquisados. Visto isso, avalia-se que os riscos aos participantes das atividades em questão foram mínimos possíveis. Ressalta-se que os pesquisadores responsáveis asseguraram o compromisso de atender a todas as exigências éticas, em função da coleta e análise dos dados adquiridos. Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, conforme documento anexo (número do parecer: 2.771.376).

4. DISCUSSÃO E RESULTADOS

4.1 A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS DE EQUIDADE

Historicamente a construção das lutas sociais no Brasil a partir dos anos 80 foram precursoras das políticas de equidade, suas reivindicações deram forças ao processo de redemocratização do país que fomentou o fim da Ditadura Militar e

promoveu o fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, favorecendo uma maior visibilidade a estes grupos “minoritários”, sobretudo após a elaboração da Constituição Federal de 1988 (SIQUEIRA, HOLLANDA E MOTTA, 2016), que induziu a obrigatoriedade na execução de políticas públicas comprometida com a melhoria na qualidade de vida dos brasileiros, e incentivada em outra perspectiva pelas pressões de organismos internacionais vinculados aos Direitos Humanos. Foi neste contexto, entre outras normas de cunho social, que o SUS foi criado em 1990, favorecendo “o direito de acesso universal e a integralidade da atenção” “em substituição ao sistema excludente e desigual que existia antes de 1988” (BARROS, SOUSA, 2015, p.11).

A equidade é um termo frequentemente utilizado quando se trata de direitos humanos e direitos sociais, seu conceito está associado aos direitos das minorias (BARROS, SOUSA, 2015, p. 11). A palavra equidade foi usada inicialmente como forma de representar a superação da discriminação por raça e etnia, incorporando ao longo do tempo outras diferenças encontradas na vida social, que surgiam a partir da construção de identidades baseadas em vários tipos de pertencimento, como religião, gênero e sexualidade, território, grupo étnico, estilo de vida, favorecendo a criação de políticas de equidade com as mais variadas temáticas, motivadas, sobretudo pelas reivindicações que surgiam em função das necessidades desses grupos (SIQUEIRA, HOLLANDA E MOTTA, 2016, p.1398).

Na saúde pública a equidade constitui-se como um princípio doutrinário do SUS, orientando ações e a elaboração de políticas públicas de saúde, a partir do reconhecimento de particularidades e demandas específicas de determinados grupos populacionais caracterizados como “heterogêneos”, que refletem os níveis de segregação existentes em função da forma de organização e produção da sociedade (ALMEIDA, 2002 apud BARROS, SOUSA, 2015, p. 12-13), ligados, sobretudo ao modelo capitalista, em que coexistem situações de riqueza e miséria, e que favorecem condições de desigualdade entre pessoas e grupos com diferentes níveis de privilégio social (BARROS, SOUSA, 2015, p. 12).

A constituição do conceito de equidade encontra-se em permanente transformação (SCOREL, 2008 apud BARROS, SOUSA, 2015, p. 11), ampliando a

concepção das diferentes posições sociais das pessoas em uma hierarquia econômica. Hoje ela é entendida como um elemento que evidencia certo grau de diferenciação entre esses grupos, com a finalidade de promover maiores graus de igualdade e acesso na prestação dos serviços de saúde, a fim de “minimizar os impactos dos determinantes sociais” (PESSOA, ALMEIDA, CARNEIRO, 2018), e promover igualdade e justiça social a partir de ações mais integrativas (BARROS, SOUSA, 2015, p. 11-12) que incluem temas importantes como saúde, saneamento, educação, trabalho e renda, alimentação, moradia, etc., a fim de que todas as pessoas tenham oportunidades justas para atingir o seu pleno potencial de saúde (SIQUEIRA, HOLLANDA, MOTTA, 2016, p. 1398).

A equidade em saúde, por tanto, objetiva reduzir as iniquidades, que se constituem diferenças evitáveis e injustas (WHITEHEAD, 1992). Adaptando a norma geral a situações específicas, uma vez que a aplicação da norma produz injustiça quando empregada de modo generalizado, sem se levar em conta as especificidades de diferentes situações (CAMPOS, 2006 apud BARROS, SOUSA, 2015, p. 11-12). A homogeneização, por tanto dilui as diferenças, prejudicando particularmente os mais necessitados (BARROS, SOUSA, 2015, p. 11), que permanecem em desvantagem quanto à chance de serem e de se manterem sadios (BAGRICHEVSKY et. al., 2013 apud ALMEIDA, 2002 apud BARROS, SOUSA, 2015, p. 12-13).

Santos (2003) ao tratar sobre o “multiculturalismo emancipatório” expõe a permanente tensão entre políticas de igualdade e políticas de diferença. Defendendo a ideia de uma política da diferença, que emerge do campo de lutas e resistências das populações que passam por diferentes níveis de discriminação. A política da diferença propõe formas de reestruturação simbólica que substituam a ideia restritiva de tolerância à diversidade e agenciem o respeito às diferenças culturais, uma vez que um dos principais desafios na implementação das políticas de equidade é derivado do preconceito histórico e isolamento da sociedade em relação às populações “vulneráveis” (apud SIQUEIRA, HOLLANDA, MOTTA, 2016, p. 1404).

A luta pela equidade provoca repensarmos aspectos importantes sobre o funcionamento da nossa sociedade, e nos convidam a enxergar o que está além do

prescrito desta ou de outra política. Cecílio (2000) considera que a equidade, enquanto objetivo da atenção em saúde está além do simples “consumo” ou acesso a determinados serviços, remetendo ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações com o “macro”, chamado de “sistema de saúde”. Tratar sobre equidade é incluir também a organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde (CECÍLIO, 2000).

As políticas que promovem a igualdade não são suficientes para promover a equidade (SIQUEIRA, HOLLANDA, MOTTA, 2016, p. 1403). Sensibilizar a sociedade através de uma educação que prese pelo respeito às diferenças, que ultrapassam a perspectiva cultural, são individuais. Entende-se que esta heterogeneidade é regra e não a exceção. A educação desempenha um papel importante na mudança de valores e comportamentos por parte da população, mas também está inscrita na esfera micropolítica na relação: sociedade, profissionais da saúde, e usuários. A implementação destas políticas passa por uma mudança do olhar da população em relação a estes usuários (SIQUEIRA, HOLLANDA, MOTTA, 2016, p. 1404).

A integralidade na sua dimensão das práticas de saúde obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e qualidade do cuidado prestado. (...) (Siqueira, Holanda e Motta, 2016, p. 1399).

O Ministério da Saúde vem apresentando ao longo dos anos propostas de superação das iniquidades regionais a partir das ações do SUS, visando de reduzir à vulnerabilidade social e sanitária no Brasil.

Um avanço importante nesta direção foi a aprovação, no Governo Fernando Henrique Cardoso, dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDHs) (...) até então inexistentes no país. No governo Lula, a luta pela efetivação destes direitos ganha maior visibilidade (...) o debate e as demandas traduzem-se na área da saúde nas políticas de atenção integral direcionada a grupos específicos: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais e

transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas.(...) É neste contexto que são criadas as Políticas de Atenção Integral à Saúde de grupos vulneráveis que o MS denominou de Políticas de Promoção de Equidade.

Os movimentos sociais, juntamente com instituições de pesquisa e o Ministério da Saúde, constituíram o comitê técnico chamado Grupo da Terra no ano de 2005 responsáveis por formular a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 2008, baseada na integralidade das ações e na equidade (BRASIL, 2008), e instituída no âmbito do SUS em 2011. Representando uma das primeiras ações efetivamente regulamentada a nível nacional que visava garantir à população do campo, da floresta e das águas, condições de acesso às ações do sistema de saúde, propondo reflexões sobre as especificidades dos grupos populacionais e a diversidade sociocultural presente em diferentes territórios, assentamentos, acampamentos, comunidades quilombolas e ribeirinhas, em substituição ao termo “população rural”.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta vem reforçar que a população rural é invisibilizada dentro dessa categoria como grupos populacionais homogêneos e propõe a terminologia “populações do campo, floresta e águas (PCFA)” para expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade destas populações que vivem espalhadas em todas as regiões brasileiras com seu modo de viver. As PCFA vêm reforçar a necessidade de um modelo de atenção à saúde, centrado no território, como é a APS, reivindicam acesso a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial a agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas e médicos, que cheguem aos seus territórios, reconheçam seus problemas e construam intervenções solidárias e promotoras de saúde e qualidade de vida (Pessoa, Almeida, Carneiro, 2018, p. 2).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta tem entre seus objetivos (BRASIL, 2008): reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações, respeitando suas especificidades; introduzir metodologias de planejamento capazes de identificar as demandas de saúde dessas populações; incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de

saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades dessas populações, considerando a situação intercultural na atenção aos povos e comunidades tradicionais e da floresta, além de apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações sobre o direito à saúde e em defesa do SUS.

Dentre os avanços no acesso as políticas sociais nos últimos anos no Brasil, percebeu-se impactos nos indicadores de saúde e nas condições de vida relacionadas aos Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a Aposentadoria Rural, e, em relação ao setor saúde: o Programa Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos que têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais (PESSOA, 2015; SANTOS, et al., 2017 apud (Pessoa, Almeida, Carneiro, 2018, p. 4).

Passados dez anos de sua aprovação, muito tem sido discutido no plano teórico sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. As ações, no entanto, ainda estão na fase inicial de implementação. O processo de mudança é lento uma vez que exige o diálogo e a concordância das três esferas de governo para pactuarem as responsabilidades e o financiamento dessa política (SIQUEIRA, HOLLANDA e MOTTA, 2016). Há muito que avançar neste processo de implementação. Colocar em prática esta política expõe o serviço de saúde a uma situação completamente nova para os gestores, são os profissionais e usuários envolvidos diretamente na execução da política que detêm o conhecimento prático sobre como o trabalho funciona naquele território, refere-se ao plano da micropolítica do trabalho. O cotidiano do trabalho das equipes que atuam nestes territórios fica registrado somente em ações locais, com poucas possibilidades de divulgação e visibilidade.

Entre as pautas do plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, estabelecido na Resolução nº 3 de dezembro de 2011, está a ampliação do acesso aos serviços de saúde oferecidos às populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2011), cujos desdobramentos

fomentaram a criação das equipes de Saúde da Família voltadas especificamente para o atendimento das populações ribeirinhas.

4.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHAS

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB determinou que os municípios que pertencem a Amazônia Legal e Pantaneira, que apresentam equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações ribeirinha (BRASIL, 2011), podem, entre outras categorias da Estratégia Saúde da Família – ESF, optar pelo arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR.

A Equipe de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira é a primeira das três modalidades da categoria Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas descritas pela PNAB (BRASIL, 2011). A segunda é a Equipe de Consultório na Rua – eCR, e a terceira, incluída a partir da PNAB de 2017, é a Equipe de Atenção Básica Prisional – eABP (BRASIL, 2017).

As Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha, por sua vez, podem optar entre dois modelos de gestão: Equipes de Saúde da Família Fluviais – eSFF e a Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas – eSFR. Enquanto a Equipes de Saúde da Família Fluviais desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF.

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, a qual se refere esta pesquisa, desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e localizadas na sede do Município ou em comunidades ribeirinhas (BRASIL, 2014a), que em função da sua localização favoreçam o acesso a outras comunidades dispersas no território, fazendo uso de embarcações como o principal meio de transporte para chegar a essas comunidades (BRASIL, 2011). O objetivo desta intervenção é viabilizar o acesso aos serviços de saúde para as comunidades que se localizam distantes das sedes dos municípios, onde se concentram os serviços de atenção à saúde.

Há poucos registros em publicações científicas e trabalhos acadêmicos, além dos documentos do Ministério da Saúde, que tratem especificamente sobre o tema

das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha. As orientações e informações dadas na PNAB, através do Ministério da Saúde, sobre a atuação dessas equipes destacam sua caracterização, seus arranjos organizacionais, composição técnica, formas de cadastro e financiamento, definidos através de portarias do ministério da saúde.

Para corresponder aos critérios de cadastramento o município deverá apresentar projeto com as características do território, da população e da equipe de saúde disponível, além das comunidades ribeirinhas a serem atendidas pela eSFR, o planejamento das atividades de atenção a saúde para esta população e descrição de como a gestão municipal apoiará a eSFR através de incentivos a qualificação do trabalho, estrutura física e equipamentos.

As instâncias para a implantação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas é mediada pela aprovação, consecutivamente, no Conselho Municipal de Saúde – CMS, Comissão Intergestores Regional – CIR ou Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Secretaria Estadual de Saúde, e por último no Ministério da Saúde, que após aprovar pública portaria no Diário Oficial da União credenciando o município (BRASIL, 2012b). O município estará apto a atuar após cadastrar os profissionais da eSFR no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. Deverá alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais para receber os recursos referentes ao número de equipes implantadas e informadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A composição técnica eSFR é multiprofissional formada por no mínimo um médico (generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade), um enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família), um a 11 técnicos ou auxiliares de enfermagem, um a 24 agentes comunitários de saúde. As equipes que atuam em regiões endêmicas devem contar ainda, um a 12 microscopistas (BRASIL, 2012a) e dependendo da modalidade de equipe com um cirurgião dentista (generalista ou especialista em saúde da família) e um técnico ou auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2014).

A eSFR deverá prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais, equivalente à carga horária de oito horas por dia de serviço, além de dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações. Os agentes comunitários, o técnico ou auxiliar de enfermagem deverão cumprir a carga horária de 40 horas semanais de trabalho e residir na área de atuação (BRASIL, 2012a). A mais nova Política Nacional da Atenção Básica – PNAB publicada em julho de 2017 não apresentou mudanças no que já havia sido estabelecido na PNAB¹ 2011 para o funcionamento das equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações ribeirinhas, apesar das mudanças em relação as equipes de Saúde da Família - eSF afetarem diretamente as equipes ribeirinhas.

4.3 O TERRITÓRIO LÍQUIDO NA AMAZÔNIA

As discussões a respeito de território vêm ganhando maior destaque nos debates sobre as políticas públicas em saúde, deste modo, a geografia tem apresentado grande contribuição. Milton Santos (2005) apresenta o conceito de território usado, cujo significado ultrapassa a dimensão do espaço físico, como sinônimo de espaço humano e espaço habitado, evidenciando um território vivo, que está em constante movimento e mudança, um território que está muito além de uma dimensão puramente geográfica.

Milton Santos (2011) compreende o território através de um conjunto inseparável de fixos e fluxos. Usa a metáfora que a sociedade e o espaço coexistem como um motor movente e um motor movido (SANTOS M., et al., 2011). Os fixos são econômicos, sociais, culturais, religiosos e produtivos. Os fluxos são móveis e refletem a ação humana, através da complexidade que permeia os movimentos no mundo.

O território usado, por tanto, é resultado do processo histórico, a base material, e social das ações humanas, na interação entre os fixo e os fluxos, o que permite uma consideração abrangente da totalidade das causas, e dos efeitos do processo socioterritorial (SANTOS M., 2007).

Na atenção a saúde, Merhy et al. (2014) compreendem que o território não se apresenta capturado em um espaço geográfico definido, e sim, como um lugar de

agenciamentos. O usuário protagoniza o seu processo de cuidado, ele circula em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde. Ele, como nômade, tece as suas próprias redes de sociabilidade e cuidado, através de múltiplas conexões, comportando movimentos de “desterritorialização”, que afetam, e convidam as equipes de saúde para a mesma experiência (MERHY et al., 2014), sair dos territórios pré-concebidos do cuidado, hoje centrado em um modelo técnico enrijecido, protocolar, e hierarquizado de atuação.

Os serviços prestados pelos profissionais da saúde, muitas vezes, estão desconectados com a multiplicidade de existências dos usuários, sem conhecer como o outro circula nos diferentes territórios que compõem, tornando os seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções. Restringindo-se a pensar em políticas e ações focais que distraem, ou não permitem ver a produção da vida ali onde é potente (MERHY et al., 2014,p. 159). Não se trata de criticar a atuação dos profissionais da saúde, mas sim, a estratégia restritiva hierarquizada do próprio sistema, sujeita a contraditórias posições.

(...) A falta de uma rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro (MERHY et al., 2014,p. 159).

As intervenções de saúde devem incluir as circunstâncias não previstas no cotidiano do trabalho, o micropolítico das relações, que evidenciam o novo, o inusitado, e o inesperado no dia a dia do serviço. Trabalhar a saúde na perspectiva de territórios específicos é a abrir espaço para um processo de “desaprendizagem” das regras e do saber instituído, readequando estes conhecimentos à realidade do lugar. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do previsto, nos quais os usuários elaboram trajetórias e sentidos próprios, possibilitando enxergar o quanto a vida dessas pessoas tem elementos ainda mais amplos do que é percebido, até então não capturados pelas equipes (MERHY et al., 2014).

Conforme delimitado por Kadri, Schweickardt e Lima (2017), considerando estas definições sobre território, a organização dos serviços de saúde devem passar

pela compreensão dos fluxos da vida, uma vez que a dinâmica da vida não segue os fixos marcados pela política e pelo planejamento, e sim os caminhos fluxos da qual os sujeitos implicados são protagonistas.

Conforme Feuerwerker (2014) é necessário conviver e dialogar com outros regimes de produção de verdades/saberes, uma vez que todo saber é limitado, datado, posicionado, e provisório, através da alteridade e do diálogo coletivo, compreendendo como as relações de trabalho se constituem nesse território, de que forma se encontram as subjetividades, as manifestações do cuidado e do não cuidado, o diferente, o contraditório, o inesperado, os desvios e os estranhamentos, que permeiam as relações de trabalho.

Os usuários possuem modos de existências que passam muitas vezes despercebidos pelas equipes de saúde, aprisionadas ao saber protocolar do trabalho técnico e de uma lógica organizacional, que os impossibilita enxergar os modos de existência que perfazem os sujeitos sociais a quem seu trabalho se destina (MERHY et al., 2014). A prática no cotidiano dos serviços deve valorizar a capacidade de participação ativa do usuário e a valorização dos sujeitos em sua complexidade existencial, ampliando a possibilidade de melhoria da sua saúde e qualidade de vida através do exercício do cuidado.

A Amazônia não deve ser representada como o lugar da vulnerabilidade, e sim como o lugar da potência das pessoas que vivem, trabalham, e circulam neste território, a partir do comprometimento com a valorização de experiências locais impressas nos atos espontâneos que surgem a partir dos encontros, e que promovem a ação, a expressão, a cooperação, o compartilhamento, o cuidado, a mobilização e a transformação dos sujeitos, que de forma permanente ou transitória compõe o referido cenário.

O território da Amazônia representa um cenário de diversidade, afinal, conforme definem Kadri e Schweickardt (2016), é constituída de diversas Amazônias, territórios existenciais que apresentam diversidade cultural, econômica, geográfica e social. As pesquisas no campo da saúde sobre a Amazônia identificam, no entanto,

este território como o lugar da incipiência, da inexistência, e da ausência nos processos de implantação de políticas sociais (KADRI; SCHWEICKARDT; LIMA, 2017), além de uniformizarem conceitos sobre a caracterização dos povos amazônicos, que na verdade apresentam entre si múltiplas diferenciações.

Nestes discursos é recorrente a comparação das experiências amazônicas com realidades totalmente distintas, sobretudo em relação às áreas urbanas, o que torna a inferioridade inevitável. E inferiorizar significa produzir “ausência”, em um lugar onde há “presença” única, e onde correm inovações no trabalho em saúde de igual modo particular (KADRI; SCHWEICKARDT; LIMA, 2017).

O termo território líquido representa as águas, rios, igarapés que constituem o cenário de vida dos ribeirinhos da Amazônia, denominados povos das águas por viverem em áreas que estão sujeitas a inundações sazonais, o termo é usado em oposição aos povos de terra firme.

Os ribeirinhos se caracterizam como grupos populacionais que moram em pequenas comunidades localizadas próximo aos rios, igarapés, igapós e lagos que formam o complexo estuário amazônico (SCHERER, 2004). O líquido no território não é um divisor como para a geografia natural ou física, mas sim um elemento que faz a conexão, ligação entre pessoas, serviços, instituições (KADRI; SCHWEICKARDT; LIMA, 2017). O território líquido conecta as realidades, compondo as histórias das pessoas a partir do lugar.

A categoria território líquido inclui, em sua compreensão, as adaptações do trabalho em saúde na Amazônia, a partir de ações não-prescritas que se ajustam à diversidade desses territórios existenciais, e às multiplicidades de relações sociais e de poder, que direcionam a uma gestão e produção do cuidado que se integre um espaço-tempo disposto sobre as águas (LIMA et. al., 2016). É utilizada para formular políticas específicas que vinculem aspectos culturais da população ribeirinha com o espaço Amazônico (LIMA et. al., 2016), levando em consideração os seus modos de vida, sua relação com os rios, a natureza, sazonalidade, aspectos locais que interagem com as formas de produzir saúde.

O território líquido caracteriza o território da Amazônia e as relações que se estabelecem na dinâmica do trabalho em saúde, a partir da análise micropolítica do trabalho e do cuidado, que envolvem as políticas de saúde, destacando o conjunto de relações simbólicas da população, que se manifesta em um espaço determinado, e que mantém suas tradições culturais neste lugar (LIMA, et al. 2016).

As ações de atenção à saúde são pautadas nas necessidades do grupo populacional, logo, a compreensão do território e do grupo amazônico, a quem o trabalho em saúde se destina, criam efeitos na organização de trabalhadores e gestores na Amazônia, comprometidos com o cuidado dos usuários que “buscam adaptar os protocolos de assistência à realidade do território” fazendo uso de “malabarismos tecnoassistenciais para dar conta de tantas realidades”, que o sistema nacional de saúde não consegue responder de forma adequada (KADRI; SCHWEICKARDT, 2016, p. 196).

4.4 A ESCOLHA DO CAMPO

Após a delimitação do tema da pesquisa sobre a atuação das Esquipes de Saúde Ribeirinha, a escolha do município do Careiro no Estado do Amazonas se deu, principalmente, por se tratar de um ambiente caracterizado como de várzea, determinação natural que compõe o cenário da dinâmica dos rios, lagos e igarapés que compõe o município. Nesta região o acesso a determinadas comunidades ribeirinhas só é possível por meio do transporte fluvial, sendo inacessível por outras vias, como a terrestre, por falta de estradas e rodovias.

A caracterização deste cenário, porém não se restringe ao município do Careiro, ela é recorrente no Estado do Amazonas. O fenômeno da cheia e da vazante modificam a paisagem e o acesso às comunidades, de modo muito particular, de acordo com cada época do ano, além disso, a rede hidrográfica constitui a principal via de transporte no Estado.

O município do Careiro é popularmente conhecido como Careiro Castanho, denominação dada em função Lago do Castanho, o grande lago que entrecorta a sede

do município, localizada 124 km de distância da capital Manaus. O município possui extensão territorial de 6.096,210 km², tem atualmente uma população estimada de 36.922 habitantes, segundo dados do IBGE (2016).

A primeira viagem à sede municipal se deu em agosto de 2017, após ter marcado um encontro com a secretária de saúde, por telefone, para a apresentação do conteúdo da pesquisa e formalização da autorização. A relação de proximidade de um dos integrantes do LAHPSA com a gestão da secretaria de saúde facilitou a anuência para o campo. Após o encontro com a secretária para a formalização da anuência, participei sem que houvesse planejamento prévio de uma reunião da Coordenação da Atenção Básica do município sobre ações de saúde a serem implementadas pelas equipes.

Participavam da reunião aproximadamente 15 enfermeiros. Neste momento tive a oportunidade de apresentar a pesquisa e estabelecer o primeiro encontro com os membros das equipes. Na ocasião uma das enfermeiras disse: *“teu trabalho é aqui mesmo, porque todos nós trabalhamos com ribeirinhos”*. No primeiro momento imaginei que todos os trabalhadores presentes fossem membros das eSFR. Afinal, todos se mostravam a favor da pesquisa, criando a expectativa de futuros encontros.

Meses depois, quando efetivamente fui a campo reconheci apenas uma dessas enfermeiras nas equipes ribeirinhas as quais acompanhei. Houve uma reestruturação no quadro de funcionários. Além disso, havia uma diferença entre as equipes cadastradas oficialmente como ribeirinhas, e as ainda não cadastradas, que também atendem a população ribeirinha.

A diferença entre as cadastradas como eSFR e as não cadastradas, na prática, refere-se à garantia de materiais e combustível às equipes oficializadas como eSFR, destinados ao atendimento domiciliar, que acontece semanalmente. O que torna o trabalho de atenção à saúde mais presente nos territórios de abrangência da eSFR. Enquanto nas equipes não oficialmente ribeirinhas, as ações ocorrem apenas em torno da Unidade Básicas de Saúde-UBS, localizada normalmente em uma comunidade com posição estratégica para o acesso a suas subáreas, que incluem outras comunidades

mais distantes, as visitas das equipes de saúde, efetivamente, a estas comunidades acontecem apenas em função de eventuais campanhas de saúde e vacinação. Diferente do acompanhamento da eSFR, que percorre até as calhas dos rios mais estreitos para chegar nas comunidades mais distantes prestando assistência a saúde de modo frequente.

Até o fim do campo da pesquisa, em março de 2018, o município do Careiro possui 12 Unidades Básicas de Saúde, deste total apenas quatro oficialmente apresentam Equipes Ribeirinhas. No entanto, nove, deste total de unidades, atendem populações ribeirinhas, devido à configuração do território e da população que compõe suas subáreas.

Atualmente está havendo um esforço por parte da secretaria de saúde do município em ampliar o cadastramento das eSFR, a fim de aumentar a cobertura de atenção à saúde no município. As experiências descritas nesta pesquisa evidenciam o acompanhamento dos dias de trabalho de apenas três equipes ribeirinhas que atuam no município do Careiro, mais especificamente, as que atuam nas comunidades do Tilheiro, Anveres e Lago Preto. A quarta equipe, que atua na região do Juma, estava iniciando as atividades no momento de finalização do campo desta pesquisa, em março de 2018, o que justificou ficar fora desta análise.

4.5 SENTIMENTOS QUE ANTECEDEM A IDA A CAMPO

Foi estipulado um cronograma com as datas das primeiras viagens a campo, após a autorização da Secretaria de Saúde do município do Careiro para a realização da pesquisa, programadas para acompanhar os dias de serviço das Equipes Ribeirinhas que atuam nas comunidades do Tilheiro, Anveres e Lago Preto, nas três primeiras semanas do mês de março de 2018.

A comunicação por telefone era falha, o que não me permitiu um maior esclarecimento sobre informação sobre as Equipes Ribeirinhas e a localização destas comunidades. A instabilidade no funcionamento das linhas telefônicas é um problema recorrente não apenas na comunicação com o município, sendo comum em muitas localidades fora do perímetro urbano da capital, Manaus. A busca por informações

sobre o campo, de modo geral, era recorrentemente frustrada, considerando que a minha principal fonte de busca era internet, o que se tornou obviamente, uma grave limitação.

Eu desconhecia totalmente as pessoas e a trajetória que iria percorrer a partir do ponto de encontro com a equipe, não sabia se a comunidade estava mais próxima de Manaus ou se estava além da sede do Careiro, se o percurso seria feito exclusivamente por lancha ou por via terrestre, o tempo de viagem, alojamento, comunicação, custos com transporte e alimentação, informações sobre o quantitativo dos membros e o trabalho das Equipes Ribeirinhas e sua área de atuação, etc.

Tendendo a certa organicidade e planejamento, a falta de esclarecimento sobre dados a que eu pudesse me apegar, organizar, e planejar, frustrou-me intensamente a ponto de provocar desânimo. Mas por que eu me apegava tanto à necessidade saber? Devia ser suficiente conhecer o local do encontro com a equipe e nenhuma informação a mais? Era doloroso para “o meu modo mecânico de funcionamento”, ir a campo com tão poucas informações. Meus sentimentos naquele momento eram claros: ansiedade, necessidade de controle, medo de me lançar sozinha a um ambiente totalmente desconhecido. Inadequações iniciais da pesquisadora ao método da cartografia, que orienta justamente a esta posição, a de se lançar ao campo de pesquisa permitindo que os dados aconteçam por si só, deixando de lado a previsibilidade do pesquisador, substituindo-a pela possibilidade do múltiplo, para que os conteúdos humanos o guiem do modo mais autêntico possível.

A aventura, minha maior motivação, naquele momento, definitivamente desapareceu. E eu não pude prever o receio que senti de ir a campo nem mesmo enquanto o planejava, e ele se manifestou ali, exatamente nas vésperas da viagem. Levei uma mochila grande, havia uma rede, cordas, coberta, lanterna, isqueiro, vela, canivete, roupa para o frio, calor e chuva, água, bolachas, protetor solar, chapéu, remédios, spray de defesa pessoal, repelente, etc. Saí com a preocupação de que poderia precisar de cada um desses “itens básicos de sobrevivência na selva”. O compromisso já estabelecido, no entanto, era responsabilidade intransferível e inadiável.

Mas afinal, o que isso tudo tem a ver com o território? Tratava-se na verdade do que povoava o meu imaginário sobre este território, o que “na prática” foi seguido de uma rápida desconstrução. O que antecede a ida do pesquisador a campo, seus temores, estranhamentos e dificuldades, também dizem respeito ao território, não se trata exclusivamente da minha experiência particular enquanto “pesquisadora inexperiente”, mas de uma posição que é partilhada, não por todos, mas por “quem é de fora” e transita neste lugar, onde tudo é novo, desvendando a cada passo dado a forma de organização que lhe é própria, sobre aquilo que não está “escrito” em lugar nenhum. Torna-se claro que o conhecimento da informação “aqui” não circula nos meios de comunicação formal, ele é dado na prática a quem faz uso do lugar. São exclusivamente as pessoas que transitam neste território que detém a informação, o conhecimento, e o poder sobre as suas formas de funcionamento.

Deste modo, enquanto “aprendiz”, iniciava-se o meu processo de “desterritorialização” subjetiva. A pesquisa me fez ultrapassar as barreiras geográficas da minha existência, enquanto sujeito e enquanto pesquisadora, e ir ao encontro do novo, o além da fronteira, em ambas as perspectivas. Afinal, no que se refere às práticas de saúde, sob quais outras perspectivas é possível olhar este território tão particular? Há múltiplas posições, a dos trabalhadores, gestores, usuários. Qual a história particular de cada um na relação com o território? Que implicações isso tem na relação com o serviço? E de que forma a própria política dimensiona esta complexidade que envolve a atuação das equipes de saúde ribeirinha? Com estes questionamentos inicia-se a nossa “jornada”. Mas antes de darmos continuidade a descrição desta imersão, e adentrarmos no cotidiano do trabalho da equipe no território ribeirinho, é importante contextualizar os modos de vida dessa população, que dizem muito sobre as particularidades do serviço de saúde voltado para o território.

4.6 POPULAÇÃO E TERRITÓRIO RIBEIRINHO

A vida ribeirinha se constitui através das relações que estabelece com o território, fortemente ligado à floresta e, sobretudo as águas. Os ribeirinhos vivem em pequenas comunidades localizadas a beira dos rios, furos, igarapés, paranás. Há uma

relação econômica, social e cultural com a água, que é elemento central na vida dessa população. São as águas dos rios, lagos e igarapés que dão acesso às comunidades ribeirinhas. Em alguns casos, o acesso só é possível, exclusivamente por meio do transporte fluvial, sendo inacessível por outras vias, como a terrestre, pela inexistência de estradas e rodovias que promovam o acesso direto às comunidades. Em outras localidades, no entanto, é possível fazer “parte” do percurso por estradas, porém a trajetória por esse tipo de via normalmente é parcial. Cada comunidade ribeirinha possui uma forma muito particular de acesso.

Outro fator interferência, que impacta no acesso dessas comunidades, referem-se a determinações de ordem natural, como o sistema de cheias e vazantes dos rios, cuja variação modifica completamente a paisagem e o acesso a essas localidades de acordo com a época do ano. Na Amazônia este sistema distinguem dois padrões de ecossistemas na região: a Terra Firme e a Várzea (FRAXE et al., 2008) A Terra Firme se refere a áreas não inundáveis durante a subida dos rios. A Várzea, por sua vez, é a extensão de terra submetida à alternância anual da cheia e da seca. Conforme estes autores, a várzea está longe de ser um ecossistema homogêneo, sua faixa é muito variável, oscilando em média, entre 15 e 100 km, e fica submersa durante quatro a cinco meses durante o ano (FRAXE et al., 2008).

Na Amazônia as habitações também são construídas tendo como referência o nível do rio, sobretudo no período da cheia. As casas são, predominante à base de madeira, construídas para evitar a inundação. Uma das estratégias utilizadas é o posicionamento da casa a uma distância segura em relação ao nível do rio. Outra estratégia é a suspensão da altura normal da construção das casas, feita sobre fortes colunas de madeira, denominadas palafitas. Ambas construídas com base na referência do nível do rio no período da cheia.

O nível da subida dos rios no período da cheia sofre variações a cada ano, em função da mudança na velocidade da corrente das águas, que constantemente mudam de intensidade, derrubando parte das terras dispostas sob as margens dos rios, onde geralmente se encontram as vilas das comunidades ribeirinhas. As terras caídas são levadas pela força da água formando ao longo do leito do rio novos territórios (FRAXE

et al., 2008). Desta forma, os ribeirinhos são compulsoriamente obrigados a reordenar os espaços construídos, fenômeno intrinsecamente ligado com o nível anual das águas, que altera significativamente o modo de vida população caracterizada pelos autores como homens anfíbios (FRAXE et al., 2008). Nestas áreas é comum a construção de casas flutuantes, casas “móveis” que literalmente flutuam sobre as águas e que podem ser deslocadas conforme a necessidade da família.

O rio também representa a fonte alimentar, através da pesca, sendo o peixe, a principal fonte de proteína consumida. O rio é determinante para a agricultura, na irrigação de hortas, e na plantação no solo de várzea, rico em nutrientes. A distância do rio determina a localização, em terra firme, da roça de mandioca, da qual se produz a farinha. Ele também favorece o trato de animais criados para consumo: galinhas, patos, gado, suíno, etc. E ainda, na relação com a água são estabelecidos os mitos, as simbologias e os rituais referentes à vida e a saúde.

4.7 ATRAVESSANDO O RIO: da Capital Manaus a sede do Município do Careiro-AM

Retomando a descrição da primeira viagem a campo, o relato a seguir refere-se aos dias de trabalho da eSFR vinculada à comunidade do Tilheiro, como já exposto, é uma das três equipes ribeirinhas que atuam no município do Careiro, no Estado do Amazonas. Ao longo do texto, no entanto, serão pontuadas informações gerais sobre as três equipes ribeirinhas, que apesar de atuarem em territórios com características diferentes, apresentam uma dinâmica de trabalho similar em muitos aspectos, quando oportuno, por tanto, será evidenciado suas particularidades.

Desta forma, a partir do Porto do Ceasa, na zona Sul de Manaus, dá-se continuidade ao percurso através de uma embarcação a jato/lancha, mais econômica e rápida, uma espécie de “transporte fluvial de lotação” comum na região, que realiza o deslocamento até o município vizinho, o Careiro da Várzea. O percurso através do Rio Negro e o Rio Amazonas é feito entre 20 a 25 minutos dependendo da condição meteorológica do dia, uma vez que a intensidade da chuva que pode afetar a visibilidade durante a navegação. Além disso, a disponibilidade, os preços das passagens, os horários de chegada, e saída, aqui estão susceptível a inúmeras

variações, a maior ou menor demanda de passageiros, a variação na disponibilidade de transporte conforme o dia e horários, controlados pelas associações e cooperativas de transporte fluvial.

Chegando ao Porto do Careiro da Várzea onde acontece o desembarque dos passageiros e veículos transportados por balsas vindas de Manaus, há uma grande movimentação de pessoas chegando e partindo dos mais diversos destinos, além de vendedores ambulantes que circulam oferecendo, sobretudo, bebidas e alimentos. Provocando ainda mais a movimentação no Porto, há uma feira de produtos rurais que o conecta o Porto do Careiro da Várzea a “estação informal de ônibus”, que por sua vez, possibilitam o percurso terrestre dos passageiros através da rodovia BR-319 até os municípios vizinhos: Autazes, Nova Olinda do Norte, Manaquiri e Careiro. A viagem de ônibus teve duração de duas horas, percorremos 102 km da BR-319 até a sede municipal, ao longo do percurso o ônibus fazia algumas paradas para pegar ou deixar passageiros ao longo da estrada Federal.

Esta trajetória é descrita não apenas por se tratar do percurso da pesquisadora, mas em função de os trabalhadores da equipe ribeirinha estarem espalhados nos territórios a seguir descritos. Há trabalhadores que moram em Manaus (duas enfermeiras e dois médicos), há também os que moram em comunidades na qual a BR-319 dá acesso (duas enfermeiras, dois barqueiros e uma técnicas de enfermagem), os trabalhadores que moram na sede do município (uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem), os que moram na comunidade onde está situada a UBS da qual se vincula a equipe (uma enfermeira, um barqueiro). E por fim, ainda há os trabalhadores que moram nas próprias comunidades ribeirinhas ao qual o trabalho se destina (os ACS's).

A descrição é longa, assim como o percurso que cada um desses profissionais faz até chegar ao ambiente de trabalho, no entanto eles fazem uso de algumas estratégias como permanecer os dias de trabalho na própria comunidade base da UBS na qual a equipe é lotada. Segunda a quarta-feira é o tempo que as eSFR's do Careiro-AM permanecem em área ribeirinha, independente da comunidade a que estão ligados: Tilheiro, Anveres e Lago Preto. Quinta e sexta-feira o trabalho é realizado na

UBS ao qual a equipe ribeirinha está cadastrada. A secretaria de Saúde oferece para todas as equipes o transporte de ida para as comunidades na segunda-feira a partir da sede municipal, e o retorno na quarta-feira após a conclusão das atividades de trabalho.

Assim como os profissionais da saúde, espalhados nestes territórios, também estão os usuários. O longo percurso feito até a comunidade ribeirinha também é realizado pelos próprios moradores, que são encaminhados às redes de assistência a saúde em Manaus, inclusive nos atendimento de urgências e emergências. Nesta situação, a partir da BR-319, realiza-se a trajetória terrestre, através de ambulâncias semi-uti, até o Porto do município do Careiro da Várzea. A partir deste ponto, os pacientes são alocados em lanchas, atravessam o rio, e em seguida, outra ambulância os recebe no Porto em Manaus, encaminhando-os por fim aos principais hospitais da capital. Esta descrição, no entanto, representa apenas parte do caminho percorrido pelo usuário.

4.8 ATRAVESSANDO A RODOVIA BR-319: da sede do Município do Careiro a Comunidade Sumaúma

Na manhã do dia seguinte, a Secretaria de Saúde era o ponto de encontro e saída dos grupos de trabalho, inclusive o de outras equipes não-ribeirinhas, lá aguardei por cerca de 1 hora. Este foi o tempo que as enfermeiras e as técnicas de enfermagem da eSFR, que moram na sede do Careiro, chegaram ao local, uma vez que parte da equipe ribeirinha faz uso do transporte oferecido pela Secretaria de Saúde para chegar às comunidades de trabalho. Neste tempo o carro que sairíamos era abastecido. Em seguida colocaram na carroceria da caminhonete cinco recipientes de aproximadamente setenta litros de gasolina, e duas sacolas com três embalagens de óleo para o motor, mistura usada como combustível para as lanchas, mais 2 ranchos e 2 frangos congelados, todos destinados a equipe ribeirinha, além da minha volumosa bagagem. Transportamos o combustível naquelas condições, o material era destinado ao abastecimento das eSFR. A gasolina nos acompanharia inclusive nos momentos menos prováveis, ao lado do quarto onde dormi na comunidade, havia um pavimento com aproximadamente cinco destes recipientes de combustível destinado a eSFR.

Sáímos, eu, o motorista e 2 técnicas de enfermagem. Este foi o primeiro contato com membros da equipe. Apresentei a pesquisa, falamos sobre a trajetória a ser percorrida a partir daquele ponto de encontro. “Ficaríamos” na casa de uma das funcionárias da UBS da comunidade a pedido da secretária de saúde, uma vez que a comunidade do Tilheiro não dispõe de alojamento para os trabalhadores da saúde, muito menos hotel ou pousada. Mesmo podendo prever tudo isso, conhecer algumas pessoas da equipe e compreender o percurso me fez sentir aliviada da minha angústia inicial.

Faríamos o percurso de carro, através da BR-319 até a Comunidade Sumaúma, há 35 minutos da sede municipal, retornando no caminho que eu tinha feito no dia anterior em direção a Manaus, depois pegaríamos uma lancha para chegar à comunidade do Tilheiro. Ao sair da BR-319 entramos em um ramal de barro, que cruza a rodovia, e em 15 minutos chegamos ao Porto da Comunidade Sumaúma, às 8:55h. O motorista a partir daquele momento retornaria a sede do município para transportar outras equipes. O barqueiro que dá suporte a eSFR-Tilheiro era responsável a partir daquele momento em nos levar até a comunidade, a partir de lá seguiria com a equipe para as visitas domiciliares.

Figura 2 – Lancha utilizada pela eSFR. Porto da Comunidade Sumaúma no Careiro-AM.



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

O acesso às casas e as famílias através das lanchas, é uma particularidade exclusiva da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha-eSFR, o que diferencia do trabalho da Equipe de Saúde da Família Fluvial-eSFF, modalidade de equipe igualmente ribeirinha vinculada a uma UBS Fluvial, que não acessa os rios, lagos e igarapés mais

estreitos e rasos, em função do grande porte dessas embarcações. O modo de funcionamento da UBS Fluvial é se posicionar em uma em uma localização no rio para que a população ribeirinha o acesse. Sua equipe, portanto permanece na embarcação. Há territórios no Estado do Amazonas que trabalham com as duas modalidades de equipes. A UBS-Fluvial do Careiro, entretanto está em fase de construção com previsão de entrega no ano de 2019.

A eSFR, ao contrário da eSFF, percorre as calhas mais estreitas dos rios e lagos para que o atendimento ocorra mais próximo possível do local de residência das pessoas. Normalmente as visitas ocorrem no próprio domicílio, em outras circunstâncias, no entanto, o atendimento acontece em escolas, sedes comunitárias ou até mesmo em centros religiosos, isso acontece, sobretudo quando o médico da equipe está presente, quando há grande demanda para atendimentos, ou quando há uma ação vinculada à campanha de saúde e vacinação.

Durante esta viagem, os leitos dos rios que compõe o território de atuação das eSFR no Careiro estavam enchendo, o que significa que o nível das águas não estava tão próximo das casas como fica no período da cheia, por tanto caminhamos bastante nos dias a seguir descritos, subimos e descemos muitos barrancos. Como já foi dito anteriormente, as casas são construídas a uma distância segura do nível da água para evitar as inundações. No entanto, esta distância, no período máximo da seca, é consideravelmente mais longa, o que torna as caminhadas exponencialmente mais extensas. Os grandes lagos que compõe a paisagem do município do Careiro-AM chegam a secar completamente em algumas áreas provocando uma mudança radical na paisagem.

O período de estiagem provoca uma série de dificuldades para a atuação da eSFR, que além de se deslocar a pé por longas distâncias, carregando caixas de materiais e medicamentos, substituem em alguns trechos a embarcação tradicionalmente usada, a do tipo lancha, por outra ainda menor, conhecida popularmente como rabeta. A Rabeta é uma canoa de madeira ao qual se acopla um pequeno motor movido à gasolina. A mudança é necessária para tornar possível o

transporte nas áreas que não secam totalmente, sendo esses, muitas vezes, o único caminho possível.

A diminuição do volume das águas do rio nesta época de seca favorece a grande concentração de material orgânico, como folhas e galhos, o que torna a rabeta susceptível a constante quebra da palheta, em função do atrito com estes materiais, quando isso acontece, a equipe dá continuidade ao percurso a remo. A canoa também atola em alguns pontos, e a equipe precisa usar a força braçal para desatolar a pequena, porém pesada embarcação. É preciso ter cuidado também com os jacarés, as arraias, as cobras, e os peixes, sobretudo os aruanãs, que pulam dentro da embarcação e podem machucar os trabalhadores com seus longos espinhos.

Figura 3 – Lago do Tapeje no período da cheia, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Figura 4 – Lago do Tapeje no período da seca, Careiro-AM



Fonte: ACS, 2018.

Devido às oscilações no nível do rio e a mudança constante na paisagem, o caminho era até as casa era geralmente improvisado, forma-se geralmente uma área de lama entre a terra seca e o lago, por tanto tínhamos que nos equilibrar em estreitas tábuas de madeira, dispostas ao chão, para chegar à área não alagada nas margens do barranco.

4.9 ATRAVESSANDO MAIS UMA VEZ RIO: da Sede Municipal do Careiro a Comunidade do Tilheiro

Através do Lago Caapiranga, 40 minutos depois de sair da Comunidade Sumaúma, chegaríamos ao destino, a comunidade do Tilheiro. Abaixo o mapa do município do Careiro, localizando sua sede municipal, a Comunidade Sumaúma, e a Comunidade do Tilheiro.

Figura 5 – Sede municipal, a Comunidade Sumaúma, e a Comunidade do Tilheiro, Careiro-AM



Fonte: Google, 2018. Organizado por Francine Rebello Pereira (neste trabalho).

A intensão era apenas registrar a trajetória, mas tudo era bem mais rápido na descrição da equipe, quando qualquer um do grupo informava o tempo estimado para chegar em determinado ponto a ser percorrido, levava-se a mais, a metade do tempo

imaginado para o percurso, desta forma a previsão de vinte minutos se transformavam em quarenta com facilidade.

Na Amazônia o tempo não segue a mesma lógica do relógio; os retalhos de tempo são medidos por horas e dias de viagem, por curvas e praias do rio, por furos, igarapés e paranás, pelas cheias e secas, pelo tipo de acesso (avião, barco ou carro), pela potência do motor (rabetas, 15, 40, 80, 150) e por tantas outras noções que dobram o tempo cronológico. A medida do tempo está na relação com o espaço (...). O tempo de partir ou de chegar, de atravessar um percurso, de encontrar pessoas e coisas, de identificar uma árvore marcante ou um animal selvagem; essa parece ser a noção predominante de tempo. Não há sustentação no tempo cronológico do relógio (FERLA et al., 2016, p. 246).

A Comunidade do Tilheiro é uma vila cercada por águas, seu porto principal de ancoragem dá acesso direto a uma praça, aparentemente abandonada, a UBS São Raimundo, e a principal rua da vila, onde há uma maior concentração de residências, em seu entorno é possível observar casas mais afastadas, a que os moradores chamam curiosamente de sítio. A comunidade do Tilheiro possui cerca de cento e cinquenta famílias e uma população com aproximadamente 700 habitantes. Mas este não é o nosso destino final.

Figura 6 – Vista principal da Comunidade do Tilheiro, Município do Careiro-AM



Fonte: Isaac Ferreira, 2018.

A Unidade Básica de Saúde-UBS, por sua localização central, é a porta de entrada da comunidade do Tilheiro. Naquele momento havia cerca de 30 pessoas na Unidade, sem considerar o quantitativo da equipe, incluindo crianças e adultos que

aguardavam o atendimento com o médico e enfermeiras, outras estavam sendo preparadas, cadastradas e pesadas, para as consultas. Havia muitas pessoas ao redor da UBS que pequena não comportava a todos. A Unidade oferece assistência a todas as comunidades localizadas na região, não apenas à vila do Tilheiro, o que explica a grande movimentação, incluindo ainda a comunidade Nova Esperança que pertence ao município vizinho, Manaquiri. O serviço de saúde na Comunidade do Tilheiros se estende além das barreiras territoriais do município.

Figura 7 – UBS São Raimundo, Comunidade do Tilheiro, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

A Unidade Básica de Saúde do Tilheiro é a base ao qual a equipe de saúde da família ribeirinha – eSFR está cadastrada. A equipe ribeirinha funciona como uma espécie de extensão da UBS, uma vez que realiza atendimento nas comunidades mais distantes localizadas nesta região. É a partir da UBS, por tanto que se organiza a equipe ribeirinha, seu planejamento, distribuição de materiais e medicamentos, além de todas as ações voltadas a saúde. A UBS e a eSFR atuam, por tanto, de forma integrada e complementar.

A área de cobertura a saúde do Tilheiro é dividida em área 1 e área 2. A *área 1* se restringe a vila principal da comunidade e adjacências, e inclui cinco subáreas que correspondem a atuação de cinco ACS's, três dela na vila do Tilheiro, e duas nas adjacências da comunidade. A *área 2* é de responsabilidade da equipe ribeirinha, que se divide em dois grupos de trabalho, que por sua vez também são responsáveis por cinco subáreas que correspondem a atuação de outros cinco ACS's, essas subáreas estão dispersas entre as comunidades ribeirinhas: Lago do Castanho, do Lago do Tapete, Correnteza e Boto. São duas as enfermeiras responsáveis pela organização da

equipe ribeirinha, uma delas é responsável por duas subáreas, enquanto a outra enfermeira é responsável por três subáreas.

Fui apresentada aos trabalhadores da UBS à medida que íamos percorrendo os corredores e salas, todos estavam envolvidos com o atendimento dos usuários. A preparação para a próxima viagem, até as comunidades ribeirinhas já havia sido organizada: duas caixas e uma mochila com medicamentos, fichas de atendimento contendo dados sobre as famílias, balança e outros materiais disponibilizados pela UBS. Ajudamos a colocar tudo na lancha e fizemos um intervalo para o café na copa na Unidade. A copa era o lugar privativo de descontração e encontro dos trabalhadores da saúde: médico, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, agente de endemias, técnicos de enfermagem, e de farmácia. Em plena segunda-feira havia um clima de alegria eufórica e reencontros, de modo contagiante e acolhedor me tratavam como um novo membro da equipe.

Abaixo o mapa do município do Careiro-AM localizando área de atuação da eSFR-Tilheiro. Além de outros municípios que compõe a rede de cuidados da equipe ribeirinha: Manaquiri, Iranduba, e a capital, Manaus.

Figura 8 – Área de atuação da eSFR-Tilheiro, Careiro-AM



Fonte: Google, 2018. Organizado por Francine Rebello Pereira (neste trabalho).

4.10 NAVEGANDO SOBRE AS ÁGUAS: da Comunidade Tilheiro as Comunidades Ribeirinhas

4.10.1 LAGO CASTANHO: Território de atuação da eSFR

Partimos, eu, a enfermeira e o barqueiro, eles compõe um dos grupos da eSFR-Tilheiro, nosso destino era a Comunidade do Lago Castanho, um grande lago dividido em duas subáreas, uma delas sob a responsabilidade da referida equipe. Saindo da Comunidade Tilheiro, entre o barulho do motor da lancha, o vento provocado pela movimentação da embarcação e o sol, nos acomodamos para dar continuidade à viagem, levaríamos 20 minutos de lancha até efetivamente chegar a Comunidade do Lago Castanho, precisei elevar a voz para conseguir conversar e conhecer melhor a equipe durante o percurso.

A comunidade do Lago Castanho, assim como as outras comunidades citadas posteriormente como área de atuação das equipes ribeirinhas, não é uma comunidade como a do Tilheiro, onde há um vilarejo que concentra grande parte das moradias, aqui as casas estão dispersas no território, não há, entre a maioria delas, um caminho terrestre a ser percorrido, apenas floresta. O transporte fluvial é o que possibilita o trânsito entre as pessoas, o acesso às comunidades vizinhas e conseqüentemente, as relações sociais e familiares. Sob o rio é traçada a rede fluvial que dá acesso aos bens, mercadorias e serviços fortemente ligados à cidade de Manaus, inclusive ao que se refere a aspectos relacionados à saúde, como veremos. Esta trajetória de igual modo é feita pela eSFR. Durante o trabalho, cada parada para realizar visita domiciliar é antecedida por um percurso de barco que durava entre 5 a 20 minutos.

A enfermeira responsável pela equipe ribeirinha mora na sede do Careiro, ela trabalha nesta equipe há apenas dois meses, já era funcionária da secretaria de saúde do município, mas atuava em uma equipe ribeirinha vinculada a outro território. Nasceu e se criou em ambiente ribeirinho, o que, segundo ela, favorece o prazer de trabalhar com esta população. “Eu me vejo neles, nas dificuldades que a minha família passou com a falta de assistência”. Durante a viagem, falou sobre as dificuldades, a persistência e o esforço para concluir o curso técnico e a faculdade de enfermagem, sobre os problemas pessoais e financeiras que ela precisou superar para dar conta dos

estudos na capital, Manaus. A formatura no curso de Enfermagem e a experiência de trabalho representam a realização de um grande sonho, construído através de muito esforço: trabalhar com a saúde no interior do Amazonas. Durante os atendimentos manifestou grande empatia e disposição no atendimento aos usuários.

O barqueiro mora na Comunidade Sumaúma, em uma posição estratégica para deslocar os profissionais da saúde, materiais de expediente das equipes, exames laboratoriais, e usuários em situações de emergência. Seu trabalho na prática não se restringe a equipe ribeirinha do Tilheiro, está ligado também a UBS da Comunidade Sumaúma, ficando a disposição de urgências nestas mediações. Trabalhou por muitos anos em uma empresa de navegação, em um outro município do Estado do Amazonas, da qual pediu demissão quando o obrigaram a fixar moradia em Manaus, uma vez que não se adequou, segundo ele, a vida urbana da capital. A partir disso mudou-se para o Careiro há 3 anos com a família. Apesar de morar na Comunidade Sumaúma, ele tem um sítio na Comunidade do Tilheiro, onde trabalha e onde costuma passar o fim de semana, além de possuir uma rede familiar nesta comunidade. Há claramente um vínculo afetivo com o lugar de trabalho.

Antes de iniciarmos os atendimentos, a primeira parada foi para pegar a ACS, que mora em uma casa flutuante na entrada da comunidade. A enfermeira elogiou o seu trabalho em função do comprometimento e envolvimento com as pessoas da comunidade. A ACS é técnica de enfermagem, o que segundo a enfermeira, é um diferencial que contribui, favorecendo o serviço de assistência à saúde: “ela entende a importância dos atendimentos, ela me ajuda muito, e às vezes até antecipa certos procedimentos, ela acompanha de perto daqueles pacientes que estão mais frágeis e que precisam de mais cuidado. (...) Ela me liga sempre que há algum problema, ela procura a UBS. (...) Ela conhece a demanda de cada família aqui”. A ACS usa o uniforme oficial da secretaria de saúde do Careiro, carrega uma mochila com: balança, aferidor de pressão, caderno com anotações sobre os dados das famílias.

Ao contrário de algumas equipes ribeirinhas que acompanhei havia muita sincronia e disposição neste grupo de trabalho. Enquanto entrávamos no Lago do Castanho na lancha, enfermeira e ACS atualizavam as condições dos usuários com

urgência no atendimento, entre eles, diabéticos e hipertensos, um aspecto comum a todas as eSFR visitadas no município do Careiro. Como passávamos muito tempo dentro da lancha durante o deslocamento até a comunidade ribeirinha os planejamentos das visitas ocorriam ali mesmo, durante o percurso. As visitas incluíam as pessoas que procuravam a ACS durante a semana para solicitar consulta com a enfermeira ou com o médico.

Outro aspecto, também comum a todas as eSFR, refere-se à comunicação entre a ACS e os comunitários sobre a demanda de atendimento, que ocorre de modo muito peculiar. Além de acontecer normalmente durante as visitas diárias da agente, a casa da ACS é a referência utilizada pelos comunitários para a comunicação sobre agravos na saúde. Desse modo a ACS além de realizar as visitas, também recebe visitas dos usuários, além de telefonemas, e recados dados através de vizinhos e parentes. Nem sempre há uma solicitação formal por parte do doente, a simples comunicação direcionada a ACS de que tem alguém doente na comunidade já é suficiente para fomentar a visita domiciliar da equipe de saúde. Isto se dá em relação a uma rede de colaboração que existe entre os próprios moradores, sustentada por uma relação familiar que fortalece ainda mais a relação de cuidado.

Figura 9 – Enfermeira e ACS planejamento das visitas, Comunidade do Castanho, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Durante a realização da pesquisa de campo, o médico não esteve presente compondo a equipe ribeirinha nas visitas domiciliares, em função da escala de trabalho, que naquela semana, estava direcionada para atendimento exclusivo na UBS. Os atendimentos do médico diretamente nas comunidades ribeirinhas vinculadas a

UBS do Tilheiro ocorriam em semanas alternadas, revezando o atendimento em quatro subáreas ribeirinhas. Nas outras equipes, particularmente nas comunidades do Anveres e Lago Preto, no entanto, o médico realiza atendimento apenas na UBS, localizada na BR-319 em uma área não ribeirinha, não acompanhando, por tanto as visitas domiciliares.

A primeira visita domiciliar aconteceu em função de uma solicitação, a família estava com sintomas de dor de barriga e diarreia, sendo estes sintomas recorrentes nos atendimentos da equipe, que se intensificam, sobretudo no período de vazante do rio, em função da contaminação da água relacionada a problemas com saneamento básico.

A segunda visita foi na casa de um idoso que já havia sido consultado, mas que não tinha recebido a medicação para o tratamento da hipertensão. Ele ficou muito contente de ver a equipe chegar, nos convidou para entrar na sua casa, ofereceu água a todos, e antes de se sentar para aferição da pressão, entrou em sua cozinha e trouxe um pão com manteiga para enfermeira. Olhou para mim e disse: “ela não merece pão ainda porque é novata!”. Todos rimos. “Os trabalhadores da saúde precisam da aprovação da comunidade” uma enfermeira me disse em outro momento, este comentário coube perfeitamente na situação. Ao mesmo tempo, no que se refere à atuação da equipe, a relação de cuidado havia sido estabelecida naquele lugar.

Havia muitas pessoas nesta casa, contei sete presentes, mas o número real era bem maior. Enquanto a enfermeira explicava a medicação, a ACS conversava com a mãe de um bebê sobre o próximo dia de vacinação na UBS do Tilheiro. A ACS também avisou a família sobre a consulta com o médico na sede do Centro Comunitário, no próprio Lago do Castanho, agendado para a próxima semana, além de consultar os dados de algumas pessoas com pendências no registro do prontuário.

Realizamos outra visita para entrega e orientação sobre medicamentos. O próximo destino seria na escola, onde professores, funcionários e pais de alunos solicitaram atendimento junto a ACS. Lá foram realizados sete atendimentos motivados por questões envolvendo: menopausa, pressão alta, preventivo, métodos contraceptivos, alergias, machas na pele, além de solicitação de exames de rotina.

Figura 10 – Enfermeira e ACS realizando atendimentos na escola, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

A enfermeira assume bastante responsabilidade, uma vez que acompanha inicialmente todas as demandas e toma a decisão sobre os procedimentos de saúde, solicita exames, informa seus resultados, e encaminha quando necessário para o atendimento médico. Desta forma os enfermeiros exercem um papel fundamental no atendimento ribeirinho, contribuindo com o acolhimento das demandas e garantindo a expansão dos próprios atendimentos. Além disso, apresentam autonomia no ambiente trabalho. O mesmo acontece com os ACS, que ajudam a aferir pressão, conhecem as medicações apesar não prescrever, elas contribuem com as enfermeiras de outras formas, com ações que estão além do trabalho prescrito. O cuidado aqui é partilhado entre a enfermeira e a ACS. Apesar do envolvimento e dedicação desta pequena equipe, omite-se a presença e a atuação da classe médica, que acompanha a equipe nesta comunidade apenas uma vez por mês. Neste dia a equipe finalizou os atendimentos às 15:00, quando retornamos a Comunidade do Tilheiro.

4.10.2 LAGO DO JANAUCÁ: Território de atuação da eSFR

No dia seguinte, o dia já estava bastante ensolarado, a temperatura já estava em torno de 28 graus, sinal de que o calor iria se intensificar durante o resto do dia. Nosso destino era a Comunidade Correnteza, localizada no Lago Janauacá, em uma região mais distante que a comunidade anterior, o percurso até lá saindo da Comunidade do Tilheiro seria feito em 35 minutos de lancha.

Figura 11 – Proteção do sol: chapéu, camisa de manga e guarda-sol, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Na Comunidade Correnteza, a população não costuma buscar atendimento de saúde no município do Careiro, os usuários preferem atravessar o rio até o município vizinho, Iranduba-AM, e resolver suas demandas de saúde por lá, uma vez que a distância é menor em relação a sede do seu próprio município. A eSFR está realizando um trabalho novo neste território, a própria população desconhece a existência e os serviços prestados pela equipe ribeirinha, a assistência da UBS do Tilheiro, e a possibilidade de articulação com o município. Nas comunidades ribeirinhas, a que se refere esta pesquisa, é comum os usuários descreverem que buscam atendimento diretamente em Manaus, sobretudo quando se trata de emergência. No município do Careiro há uma descrença em relação à eficácia dos serviços prestados na área da saúde.

A ACS que compõe a equipe de saúde ribeirinha na área da Comunidade Correnteza está de licença maternidade, o que dificulta o trabalho de divulgação e comunicação com eSFR. A enfermeira tem dificuldades em estabelecer contato de aproximação com as pessoas da comunidade, dificuldade de entender a demanda de saúde dos moradores. A falha de comunicação se agrava em função da enfermeira estar trabalhando há apenas dois meses na área. A própria comunidade procura a enfermeira de modo informal durante as suas visitas, no entrecruzar das embarcações no rio, ou através de recados sobre os dias de atendimentos dados às professoras na escola, para que estas informem os alunos, e para que estes informem as famílias. A

comunicação nem sempre acontece de modo eficaz, saímos da escola, nossa primeira parada, sem realizar nenhum atendimento.

Nesta circunstancia, da ausência do profissional ACS, o barqueiro que pilota a lancha passa a exercer uma função muito importante na equipe, por conhecer o território, os pontos de referência indicados pelos comunitários, as famílias, dados que eu e a enfermeira, por exemplo, desconhecíamos. Todos esses detalhes eram usados pelo barqueiro para determinar o caminho que iríamos percorrer para chegar a essas pessoas. E se faz necessário deixar claro que “aqui” não há um endereço formal para se chegar à determinada residência, bairro, nome de rua, número da casa, e muito menos código de endereçamento postal, a referência “aqui” é o nome das pessoas e as relações de parentesco. Durante a viagem a campo, sobre o resultado de exames solicitados durante o atendimento médico, era comum a enfermeira perguntar ao barqueiro:

- Sabe onde a Rosália Siqueira da Silva mora?

-Nem sei nem quem é essa!

-Ela é a filha da Dona Maria Jatobá!

-Ah! Dona Maria esposa do seu Jonas?

-É!

- Ah, eu sei. Eles tem mesmo uma filha, mas eu não sabia o nome dela (...) só sei que ela é casada com um primo meu, ele mora numa casa bem ali depois da casa do Seu Pedro.

(Enfermeira e-SFR/Careiro-AM)

O termo ribeirinho não se reduz a tipificações e sim a uma complexidade existencial vinculada ao sentimento de pertencimento ao lugar. No Amazonas há os ribeirinhos do Alto e do Baixo Solimões, do Rio Negro, do Rio Madeira, etc., há os ribeirinhos que habitam outras regiões amazônicas, como os do Estado do Pará e do Acre, os ribeirinhos da Amazônia Peruana e Boliviana, entre outros. Não há delimitação espacial que os defina, cada um desses grupos apresenta uma complexidade muito particular que os diferencia, mesmo apresentando elementos em comum. A referência não é sobre que tipo de população se “enquadram”, é sobre quem são, onde moram e que rede familiar constituem:

“Eu sou o João, eu moro no interior do Castanho, lá na Comunidade Correnteza, no Lago do Janauacá. Sou o filho mais velho do Seu Alfredo e da dona Maria. Nossa família é a família Santos. (...) A Senhora vai ver quando for passando nas casas, a metade das pessoas que moram aqui nessa comunidade são tudo meus parentes... tio, tia, primo, sobrinho, tudo mora por aqui.”

(Morador da Comunidade Correnteza, Careiro-AM)

Como a tentativa de realizar os atendimentos na escola foi frustrada, a estratégia da enfermeira foi visitar aqueles usuários que já estavam recebendo o seu acompanhamento. O primeiro atendimento neste dia de campo se tratava de uma criança com crise respiratória. Além do atendimento houve aplicação de vitamina A. A mãe da criança informou que uma determinada família da comunidade estava doente, não sabia explicar exatamente do que se tratava, mas se dispôs a nos levar até lá. Andamos cerca de 20 minutos até chegar a casa. Foi uma longa distância considerando os atendimentos anteriores, além das subidas, descidas e do calor amazônico.

Figura 12 – eSFR: Percurso a pé, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Tratava-se de uma família de cinco pessoas, todos com problema de diarreia e machas na pele (pano-branco). Foram realizados encaminhamentos para exames, distribuição de medicamentos. Havia muitos insetos na casa, uma espécie bastante incômoda conhecida na região como “mutuca”. Foram disponibilizados repelentes. Havia grande disponibilidade de medicamentos para o trabalho das equipes do Careiro, era raro não ter medicação para as demandas que surgiam.

Em seguida paramos em outras quatro casas, e o procedimento era sempre o mesmo, uma família atendida indicando outra que precisava de atendimento. Este foi um dia extremamente cansativo em função do sol, entre as casas havia uma distância ainda maior do que na Comunidade do Lago do Castanho, as caminhadas que incluíam normalmente subidas e descidas, não tão longas, mas bastante inclinadas.

Durante último atendimento uma intensa chuva cai. A chuva de modo geral é um impedimento para a equipe: *“O dia que chove é um dia de trabalho perdido”* disse a enfermeira. A chuva dificulta a visibilidade durante a navegação. Aguardamos 20 minutos até a chuva passar para em seguida retornarmos a Comunidade do Tilheiro no fim da tarde.

4.10.3 LAGO DO TAPEJE: Território de atuação da eSFR

O segundo grupo que compõe a eSFR-Tilheiro é a equipe ribeirinha do Lago do Tapeje, a partir da Comunidade do Tilheiro leva-se cerca de 20 minutos de lancha para chegar ao lugar. Sua composição técnica inclui a enfermeira, o barqueiro, a ACS e a técnica de enfermagem.

A primeira parada foi para pegar a ACS, que nesta comunidade também mora em uma casa flutuante. A ACS informa a equipe sobre as casas onde há demanda de atendimento, a equipe segue caminho conforme sua indicação. São os ACS que determinam a organização dos atendimentos da equipe ribeirinha, justamente por intermediarem a comunicação com os usuários, sua ação é fundamental para a organização do trabalho da eSFR, sem o seu trabalho todas as ações da equipe ficam comprometidas.

A técnica de enfermagem é um elemento novo, comparativamente a equipe anterior que não possuía técnica, ela auxilia a enfermeira no atendimento direto aos pacientes. O barqueiro além de ser o responsável pela embarcação e o transporte, também ajuda a carregar os materiais de uso da equipe, inclusive, em alguns momentos colabora, de modo voluntário, com as ações de cuidado da equipe.



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

O primeiro atendimento era destinado a uma idosa diagnosticada há pouco tempo com diabetes. Era comum a equipe ribeirinha chegar para atender uma determinada solicitação e estender o atendimento aos outros integrantes da família, dessa forma, o seu neto, um bebê de sete meses, e nora também foram atendidos. A família toda estava reunida na casa de farinha preparando a massa da mandioca para fazer pé-de-moleque, cuja venda compõe a renda familiar. O bebê dormia tranquilamente em uma rede enquanto a mãe quebrava a acastanha, ingrediente que compõe a receita. Todos da família estavam envolvidos com alguma etapa da produção do pé-de-moleque, e atendimento de saúde foi realizado ali mesmo, no ambiente de trabalho da família.

Figura 14 – Trabalho da eSFR, Careiro-AM.



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Após concluirmos o atendimento, duas pessoas da equipe recaptularam a programação do dia pra ver se conseguiam terminar o trabalho a tempo do pé-de-moleque estar pronto. Fomos bombardeados por estímulos para o paladar durante a esta viagem. É comum em algumas equipes ribeirinhas a preocupação constante com a alimentação. Antes mesmo de encostarmos a lancha no porto, que dá acesso às casas, os olhos atentos às arvores frutíferas antecedem o interesse pelos sabores amazônicos.

Algumas vezes a equipe compra alguns alimentos dos ribeirinhos, como peixe, farinha, goma da mandioca, frutas, suco do açaí, etc. Em outras situações eles recebem dos moradores em agradecimento pelos cuidados em saúde, dessa forma as trocas acontecem. Este comportamento ainda é favorecido pelo longo tempo que permanecem em área ribeirinha, as equipes costumam sair às 8:00h da sede do Tilheiros e retornam em torno das 15:00h, quando finalmente almoçam na copa da UBS. Uma das enfermeiras disse: “a gente come uma pão aqui, uma fruta ali, um cafezinho, e vai sobrevivendo até o almoço”. Outras equipes levam alimentos para serem consumidos durante as viagens, o alimento é compartilhado, e todos contribuem.

Navegando a caminho da próxima casa a ser visitada, encontramos um pescador, também diabético, que não tinha sido encontrado em casa na visita anterior da eSFR. O atendimento foi realizado ali mesmo, literalmente dentro do rio. Em função do alto índice glicêmico ele foi encaminhado com urgência para atendimento com o médico na UBS do Tilheiro.

Figura 15 – Teste de glicemia, Careiro-AM.



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Na visita seguinte visitamos uma família a qual todos os membros foram consultados, foram realizados oito atendimentos, que incluíam adultos, crianças e idosos. As mulheres da casa estavam cortando poupa de cupuaçu. O resultado dos exames era comunicado ali mesmo, o trabalho da família não parava.

Figura 16 – Trabalho da eSFR, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Durante os atendimentos, as pessoas estavam em sua rotina de trabalho. Tecendo a malhadeira, descascando mandioca para o preparo da farinha.

Figura 17 – Dia a dia dos ribeirinhos, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

A técnica de enfermagem estava com dor muscular, tinha dormido na comunidade naquele dia, não retornando ao Castanho como de costume, normalmente ela retorna todos os dias da sede do município, onde mora e onde eventualmente realiza plantões no hospital durante o turno da noite. A carga horária excessiva de

trabalho e as más condições de alojamento na Comunidade do Tilheiro agravaram o problema.

Não havia um local específico na comunidade do Tilheiro para abrigar a equipe que vinha de outras localidades, a hospedagem acontecia através do apoio dos próprios membros da equipe que moram na comunidade. Durante uma das visitas havia em uma das casas um “pegador de desmintidura”, então, enquanto o resto da equipe ribeirinha atendia a situação de saúde da família, a técnica de enfermagem também recebia cuidados. O diagnóstico foi rápido: “uma costela fora do lugar”.

Figura 18 – Técnica da eSFR recebendo cuidados, Careiro-AM



Fonte: Francine Rebello Pereira, 2018.

Mesmo a Secretaria de Saúde oferecendo o transporte de ida para as comunidades na segunda-feira e retorno na quarta-feira, poucos membros da equipe permanecem integralmente os três dias na comunidade, mesmo tendo que realizar o trajeto por conta própria, pagando o seu próprio transporte, alguns retornam em função de trabalho, questões familiares. O desgaste físico neste caso é inevitável. Em algumas equipes essa pauta é tão relevante que já está havendo uma movimentação para articular a possibilidade da Secretaria de Saúde arcar com o aluguel de uma casa na própria comunidade ribeirinha para acomodação da equipe, e o compartilhamento do mesmo lugar para a realização dos atendimentos quando necessário.

Uma particularidade importante a destacar é que a história de vida das pessoas que compõe a eSFR apresenta uma ligação muito clara com o território de

trabalho e com as ações de cuidado. A origem rural e ribeirinha, as relações de familiaridade com este ambiente tão característico nos interiores da Amazônia, possibilita um maior comprometimento com os usuários e com o trabalho, diferente da maioria dos profissionais que moram, ou tem vínculos diretos com ambiente urbano da capital, neste caso o trabalho na equipe é uma opção temporária, o que visivelmente provoca uma diferença que desfavorece a qualidade do serviço prestado.

O suporte a um paciente recentemente diagnosticado com câncer que não procurou oficialmente a equipe ou a UBS possibilita a reflexão sobre os motivos que levam alguns desses usuários a não buscar nenhuma assistência a nível municipal em casos tão complexos. Era comum durante as visitas encontrar usuários que procuram os serviços diretamente na capital por não acreditar na qualidade e rapidez dos serviços prestados pela secretaria de saúde. Ou por acreditar que por não ter relação direta com algum político no município não conseguirá ser amparado pelo sistema de saúde público.

Um dos ribeirinhos, também acometido por câncer, relatou que o município abandonou a sua comunidade, sobretudo a ele, uma vez que apoiou o candidato de oposição a prefeitura durante a campanha eleitoral. A enfermeira já havia dito que tinha tentado realizar atendimento nesta família e que todos a tratavam com rispidez, até o momento ela não compreendia o motivo. Esclarecidos os fatos, neste dia o isolamento deu lugar ao acolhimento. Sua esposa estava grávida de quatro meses, aos 42 anos, sem realizar até o momento o pré-natal. Ambos foram encaminhados para o atendimento médico, o pré-natal seria realizado na UBS do Tilheiro, e tratamento contra o câncer na capital, haveria um apoio logístico com o transporte.

Apesar das distorções e da falta de comunicação e informação sobre os seus direitos, a ausência de credibilidade que a população ribeirinha deposita no serviço público é um reflexo de gerações negligenciadas, já tão familiarizadas com “o lugar onde as políticas não chegam” e onde os cuidados com a saúde tem relação direta com a política eleitoral. Nas áreas novas de atuação da equipe ribeirinha, alguns moradores desconheciam o serviço da eSFR. Considerando a histórica falta de assistência e cuidado com a população ribeirinha, a presença da eSFR no Careiro tem representado

um grande presente para a população, o que reflete na valorização do trabalho da equipe ribeirinha, favorecendo as relações de vínculo e cuidado.

4.11 IMPLICAÇÕES DA NOVA PNAB NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA

As diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica estão fundamentadas na PNAB, regulamentada em 2006 pelo Ministério da Saúde, através Portaria nº 648, tendo sido revisada a primeira vez em 2011, através da Portaria nº 2.488. A divulgação do conteúdo dessa mais nova PNAB¹ veio a público no dia 27 de julho de 2017, quando então, o Conselho Nacional de Saúde solicitou a abertura de uma consulta pública, cuja repercussão gerou múltiplas notas de repúdio contra seu teor, que partiam de diversas entidades e categorias ligadas à saúde como instituições científicas, conselhos profissionais, sindicatos, movimentos sociais, usuários, etc. (Mathias¹, 2017). As mudanças indicadas na nova PNAB foram caracterizadas como “um grave retrocesso para o modelo de Atenção Básica e a desintegração das conquistas alcançadas pelo SUS”, interrompendo um processo complexo que persistentemente caminhava a favor da democratização de direitos na saúde pública (Mathias², 2017).

São inúmeras as críticas relacionadas ao conteúdo da nova PNAB, entre elas, a contrariedade na decisão de promover a descaracterização da Estratégia de Saúde da Família, a partir da relativização da cobertura dos atendimentos e a consequente segmentação das ações de cuidado, além da reconfiguração das equipes que incluem modificações nas atribuições dos Agentes Comunitário de Saúde – ACS e Agentes de Combate às Endemias – ACE; a redução no repasse de verbas; e a flexibilização nas regras da regulação dos recursos federais destinados à saúde (Mathias¹, 2017).

A elaboração da PNAB anteriormente se fundamentava no compartilhamento dialogado com atores engajados com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, no entanto, sem que se atendessem significativamente as pautas que se opuseram com resistência às decisões tomadas na sua elaboração, a PNAB 2017 foi aprovada no dia 31 de agosto, e publicada no dia 21 de setembro de 2017 através da Portaria Nº 2.436, “não tendo sido construída de forma democrática e participativa” (Neves, 2017), “pactuada sob certa pressa e imposição por parte governo” (Mathias¹, 2017).

As PNAB dos anos de 2006 e 2012 estipularam o compromisso com 100% de cobertura associado à indicação do número máximo de pessoas atendidas por ACS (Neves, 2017), a norma orientava que “cada vez que se atingisse o número máximo de agentes atendendo ao número máximo de pessoas abria-se outra equipe porque o horizonte era 100% de cobertura” (Mathias¹, 2017). Entretanto na PNAB 2017, 100% da cobertura são recomendadas apenas para áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social (Neves, 2017).

A redução na cobertura assistencial implica no “descomprometendo com a universalidade” (Mathias¹, 2017) e na segmentação do cuidado (Neves, 2017). A partir de agora não há o número mínimo de ACS por equipes, muito menos o número mínimo de equipes. Na falta de regras claras sobre a obrigatoriedade desse contingente, o efeito esperado é a redução na contratação de ACS e a redução das Equipes de Saúde da Família.

Apesar da PNAB de 2017 não apresentar mudanças no que já havia sido estabelecido em 2011 para o funcionamento das equipes de atenção à saúde voltadas para o atendimento de populações ribeirinhas ela apresenta a possibilidade de extinguir a categoria eSFR:

Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF (BRASIL, 2017, p.12).

Entende-se que há muita pressão em relação à categoria de equipe voltada para o atendimento ribeirinho, e que o principal meio para possibilitar funcionamento dessas equipes é o financiamento, em função da configuração diferenciada do território, desta forma qualquer medida que venha por ventura se opor ao movimento das conquistas já alcançadas de inclusão e acesso as populações historicamente negligenciadas pelos serviços públicos representará um grave retrocesso, mas um sinal de alerta foi lançado e é necessário atenção para que não haja ainda mais prejuízos.

Ao tratar sobre o papel de defesa e militância do SUS Romagnoli (2016) consegue sintetizar o sentido do que defendemos e do que é esperado: “(...) é preciso nos desapegar das formas já conhecidas, ousar formas coletivas não mais pautadas na obediência ou imposição, mas em processos autogestivos, que nos deslocam, deslocam os grupos e fazem as instituições se movimentarem. Romper com nossos endurecimentos cotidianamente é um enorme desafio, pois exige a convicção de que a mudança é possível e convoca a invenção de formas de convivência que propiciem a formulação de novos problemas. Compôr com as forças, e não com as formas, é um processo de desaprendizagem de dogmas e doutrinas, de desembaraço do que sedentariza. Além disso, demanda coragem, confiança no que pode vir a ser, e que não se sabe ainda o que é, permitindo nos conduzir de uma maneira revolucionária (...)” (ROMAGNOLI, 2016).

Esta militância tem-se manifestado desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, estimulada pelas manifestações sociais que clamavam por mudanças nas ações públicas de saúde, que tiveram início no movimento conhecido como Reforma Sanitária, e que orientou posteriormente as conquistas alcançadas na saúde até o presente momento, sempre fruto de acirradas disputas. Desta forma o SUS tem sido submetido a pequenos e grandes abalos que o tentam esfacular, em cada etapa se muda o interesse em pôr em prática ou não ações em saúde que promovam o bem estar e a emancipação das pessoas de forma integrada. Um vai e vem de ações que horas favorecem a garantia de direitos sociais e horas promovem dificuldade de acesso, negligenciando a necessidade da população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência de todas as transformações e articulações que sucederam a implantação do SUS, da ESF e da Atenção Básica, efetivaram-se inegáveis conquistas: ampliação de rede assistencial; acesso aos atendimentos de saúde; fortalecimento do vínculo da equipe com as famílias e as comunidades; melhoria da comunicação e articulação com outros níveis de atenção; e uma série de outros acontecimentos que favoreceram a democratização e a ampliação de políticas voltadas para o cuidado (CUNHA, CASTRO, OLIVEIRA, 2016, pg. 157-159). Estas mudanças, porém, não foram

efetivadas de forma integral e imediata. Apesar de todos os esforços, a promessa colocada na Atenção Básica de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde não foi plenamente alcançada (CECILIO et al., 2012). A qualidade e a garantia do acesso na Atenção Básica são reais e estão presentes no cotidiano da população que necessita dos serviços de saúde.

Orientar políticas públicas em territórios e realidades específicas, onde a ausência desses serviços é ainda mais latente, representa um desafio para o Sistema Único de Saúde, em função de suas especificidades locais e geográficas. A Amazônia representa o cenário ideal para compreender as formas de efetivação do princípio da equidade, em um espaço onde tudo é exótico. O distante na Amazônia, no entanto, é muito mais um lugar onde políticas públicas não chegam do que espaço de isolamento geográfico (KADRI; SCHWEICKARDT; LIMA, 2017).

Os modos de fazer saúde na Amazônia estão expressos no dia a dia dos serviços, instituindo específicas formas de se produzir cuidado, ampliando enquanto processo sua visibilidade e presença. Possibilitando somar-se a outras experiências também Amazônicas, e gerar reflexões sobre a atuação das políticas públicas nos diferentes territórios, através da atuação desempenhada pelas equipes de saúde em um lugar que favorece a invenção e a inovação na execução do serviço.

A formalização gradual de leis e portarias que orientam o funcionamento da Atenção Básica e do SUS efetivaram conquistas importantes, mas elas por si só não garantem diretos e tampouco asseguram a prática de cuidado (ROMAGNOLI, 2016). Efetivar transformações inovadoras de forma satisfatória em pouco tempo exige engajamento em todas as esferas de execução (CECILIO et. al, 2012).

A adesão ao compromisso e ao interesse político em executar o proposto pela Política Nacional de Saúde estão sujeitas a múltiplas posições. A cada novo mandato eleitoral muda-se o entendimento da gestão sobre como será desenvolvida as ações de saúde, oportunizando a flexibilidade no comprometimento e a efetivação de mudanças que favoreçam uma melhor qualidade de vida para as coletividades. Muitas tensões foram e continuam sendo fruto de diversas disputas econômicas, políticas, ideológica. Este processo decisório ocorre em todas as instancias administrativas

envolvidas direta ou indiretamente com a saúde pública, inclusive no dia a dia das práticas de serviços. Há uma distância entre a “idealidade” dos modelos de atenção à saúde vigente e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado (CECILIO et. al, 2012).

Desta forma, o SUS se faz na transversalização da dimensão macro e micropolítica, que inclui a complexidade das intervenções com os usuários, a equipe, os trâmites burocráticos e o próprio processo de trabalho, onde as regras instituídas e prescrições insistem em sobrecodificar a vida e as subjetividades (ROMAGNOLI, 2016). Propõem-se, portanto ultrapassar a compreensão macropolítica definida pelas regras e normas de atuação, que ressaltada a sua importância para a organização dos serviços, não dá conta sozinha de alcançar os sujeitos reais envolvidos na ação do cuidado.

As intervenções de saúde devem incluir as circunstâncias não previstas no cotidiano do trabalho, o micropolítico das relações, que evidenciam o novo, o inusitado e o inesperado no dia a dia do serviço. A ação do trabalho em saúde é dotada de sentidos, simbolicamente expressos pelos trabalhadores em sua relação com os usuários e vice-versa, evidenciando uma relação subjetiva que ultrapassa o trabalho puramente técnico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTUSSI, Débora ; BADUY Rossana Staevie ; MERHY, Emerson Elias ; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.461-486.

BRASIL. Plano Operativo da PNSIPCFA Pactuado pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) - Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília – DF, Novembro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, 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] República Federativa do Brasil, Seção 1, n. 204, 24 Outubro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 837. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Brasília: Ministério da Saúde, maio de 2014.

CARVALHO, Maria de Nasaré ; FRANCO, Tulio Batista. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar, 2015.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira ; Andrezza, Rosemarie ; Carapinheiro, Graça ; Araújo Eliane Cardoso; Oliveira, Lissandra Andion de; Andrade, Maria da Graça Garcia; et al. Atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciências & Saúde Coletiva, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André. PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva. In: CECCIM, Ricardo Burg... [et al.] organizadores. V.1. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 1– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

CUNHA, Gustavo Tenório; CASTRO, Cristane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de. A APOSTA NA FUNÇÃO APOIO FRENTE AOS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma quimera? In: CECCIM, Ricardo Burg... [et al.] organizadores. V.1. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 1– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. —Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

FARIA, Horácio; WERNECK, Marcos; SANTOS, Max André dos. Processo de trabalho em saúde. 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

FERIGATO, Sabrina Helena ; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2011.

FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, MíriamThaís Guterres; SANTOS, Liliane Maria dos Redes vivas de educação e saúde e a integração

universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção. In *Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde / Organizadores : Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Míriam Thaís Guterres Dias, Liliâne Maria dos Santos – Cadernos da Saúde Coletiva 4*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FERLA, Alcindo Antônio ; TREPTE, Renata Flores; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; MARTINO, Ardigò. Ensaio: Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço Amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. *Revista Saúde em Redes*. p. 241 a 261, 2016.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação/ Org. - Porto Alegre: Rede UNIDA, - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)*, 2014.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto; MEDEIROS, Carlos Moisés; SANTIAGO, Jozane Lima; CASTRO, Albejamere Pereira de. *Terras e águas: gestão de recursos comuns na várzea amazônica*. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 a 04 de junho, Bahia, Porto Seguro, 2008.

GOMES, Rosa Maria de Lima. *Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2015.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa; SIMÕES, Arlete Lima; HEUFEMANN, Nicolás Esteban; ALVES Valdelanda de Paula. *SAÚDE SOBRE AS ÁGUAS: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial*. In: Ricardo Burg Ceccim, et al. organizadores. *In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 2–* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *O TERRITÓRIO QUE CORTA OS RIOS: a atenção básica no município de Barreirinha, estado do Amazonas* In: Ricardo

Burg Ceccim et al. organizadores. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de modelos tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 2– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar; LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa. Território Líquido: A Unidade Básica de Saúde Fluvial "Igaraçu". Anais do VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, Dourados, MS, 27 de junho a 01 de julho de 2017 / editado por Adeir Archanjo da Mota, Claudia Marques Roma, Raul Borges Guimarães, Dourados, MS: UFGD/ GESF, 2017.

MATHIAS1, Maíra. A crise por trás da nova PNAB: Como as controversas mudanças na atenção básica se ligam ao contexto econômico e político do país. Revista on-line EPSJV/Fiocruz, 2017. *Atualizado em 22/09/2017.*

MATHIAS2, Maíra. A queda de braço por trás da PNAB Política representa novo capítulo em embate entre gestores e agentes comunitários de saúde. Revista on-line EPSJV/Fiocruz, 2017. *Atualizado em 22/09/2017.*

MATOS, Jônatas de Araújo; NOGUEIRA, Amélia Regina Batista. Espaço e Cultura: A Relação com o Lugar no Careiro da Várzea-AM. Anais do XI --Encontro Nacional da ANPEGE, ISSN 2175-8875, 2015.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. v. 3.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson Elias; GOMES, Maria Paula Cerqueira; SILVA, Erminia; SANTOS, Maria de Fátima Lima; CRUZ, Kathleen Tereza da, FRANCO, Tulio Batista. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do

cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In Revista Divulgação em Saúde para debate. Redes de Atenção a Saúde: Construindo o cuidado integral. NÚMERO 52 - ISSN 0103-4383 - Rio de Janeiro, Outubro 2014.

NEVES, Julia. A revisão da PNAB e a Vigilância em Saúde. Revista on-line EPSJV/Fiocruz, 2017. Atualizado em 22/12/2017.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção p. 17-31. In Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade / orgs. Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. – Porto Alegre: Sulina, 2015.

ROLNIK, Suely. CARTOGRAFIA ou de como pensar com o corpo vibrátil: Cartografia Sentimental, Transformações contemporâneas do desejo, Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Transversalizando e Intensificando o Cuidado e a Vida: sobre coletivos e devir criança. In: CECCIM, Ricardo Burg... [et al.] organizadores. V.1. In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede / Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde – Volume 1– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. Tradução Mouzar Benedicto. - São Paulo Bomtempo, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Dilemas de nosso tempo: Globalização, Multiculturalismo e Conhecimento. Currículo sem Fronteiras 2003; 3(2):5-23.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In OSAL: Observatorio Social de América Latina. Debates Territorio y movimientos sociales. ISSN 1515-3282. Buenos Aires : CLACSO, Enero-Abril 2005.

SANTOS, Milton. O espaço da cidadania e outras reflexões / Milton Santos; organizado por Elisiane da Silva; Gervásio Rodrigo Neves; Liana Bach Martins. – Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro; v.3).

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

SANTOS, Milton. Para quem é real a rede urbana? In O espaço da cidadania e outras reflexões / Milton Santos; organizado por Elisiane da Silva; Gervásio Rodrigo Neves; Liana Bach Martins. – Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães. Coleção: O Pensamento Político Brasileiro; v.3. 2011.

SCHERER, Elenise. Mosaico terra-água: a vulnerabilidade social ribeirinha na Amazônia – Brasil. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: A questão social no novo milênio. Centro de Estudos Sociais. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Coimbra-Portugal, 2004.

WOODWARD, K. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva T, organizadores. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Editora Vozes; 2011. p. 7-72.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: A micropolítica do trabalho e do cuidado na Amazônia: um estudo de caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial e da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

Pesquisadoras Responsáveis: Brenna Silva dos Santos
Francine Rebello Pereira

Eu concordo em participar da pesquisa “A micropolítica do trabalho e do cuidado na Amazônia: um estudo de caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial e da Equipe de Saúde da Família Ribeirinha”, orientado pelo pesquisador Júlio César Schweickardt (ID: 13490729) do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, e realizado pelos pesquisadores: Brenna Silva dos Santos (ID: 18721320), Francine Rebello Pereira (ID: 188473-58), Fabiana Mânica Martins (ID: 1063870073), Rodrigo Tobias de Sousa Lima (ID: 1129661) e Michele Rocha Kadri (ID: 15448711), estando tal pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, da mesma instituição FIOCRUZ. Eu concordo em responder às perguntas referentes ao roteiro do entrevistador. Estou ciente de que minhas respostas serão gravadas, transcritas e analisadas para fins de pesquisa, e que a minha identidade será mantida em sigilo. Compreendo que tenho o direito de interromper a entrevista a qualquer momento do processo, ou não responder as a certas questões se assim for a minha vontade, e estou ciente de que posso ter acesso aos resultados e análises finais da referida pesquisa após a sua conclusão, se este for o meu desejo. Sei que a entrevista poderá ocorrer em mais de uma etapa, se estendendo no máximo a três encontros, onde se fará perguntas correlacionadas ao tema: o trabalho e o cuidado em saúde nas equipes de saúde ribeirinha. Fui esclarecido (a) que não serei prejudicado (a) em nada. Também tenho conhecimento de que não vou receber nada, nem dinheiro e medicamento, ou qualquer outro tipo de benefício pessoal em função da entrevista. Compreendo que tudo que eu falar vai ser utilizado somente para fins desta pesquisa. Sei que a qualquer momento, posso telefonar para a pesquisadora para perguntar ou dizer alguma coisa referente a esta pesquisa. As entrevistas serão realizadas em no ambiente que eu achar convencional, no ambiente de trabalho, residência, posto de saúde ou sede da comunidade ribeirinha. Tenho conhecimento de que não haverá nenhuma outra atividade que não tenha sido informada neste documento. Para obter outros esclarecimentos sobre os procedimentos da pesquisa, nós, as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, Júlio César Schweickardt, Brenna Silva dos Santos, Francine Rebello Pereira, Fabiana Mânica Martins, Rodrigo Tobias de Sousa Lima e Michele Rocha Kadri, estaremos à disposição, respectivamente, nos telefones: (92) 999126-9276, 98132-3680, 99449-3407, 98433-0898, 99128-6579 e 98418-9363 ou no endereço institucional da FIOCRUZ, localizada na Rua Terezina, 476 – Adrianópolis, Manaus/ AM, Laboratório de História e Políticas Públicas na Amazônia – LAHPSA, (92) 3621-2440/3621-2404. Ou ainda, através dos respectivos endereços residenciais: Rua Frederico Baird, 621, bairro Ponta Negra (Júlio); Rua Aires de Almeida, 437, CEP: 69068130 (Brenna); Rodovia BR-174, km 34, bairro Zona Rural de Manaus (Francine); Rua Belém, 963, CEP: 69065-120 (Fabiana); Avenida Efigenio Sales, 2224, bairro Aleixo (Rodrigo); e Rua Raul de Azevedo, 1201, Santo Antônio (Michele). Os endereços de e-mail correspondem respectivamente a: julio.ilmd@gmail.com, brenasantos@gmail.com, franciz_am@yahoo.com.br, tobiasrodrigo@gmail.com, michele.kadri@gmail.com, fabianamanica.m@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ portador (a) da carteira de identidade nº _____, expedida pelo órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo expresso livremente o consentimento para minha inclusão como participante da pesquisa. Fui informado (a) que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia deste documento por mim assinado.

Assinatura do (a) Participante Voluntário (a)

Data

Assinatura dos Responsáveis pela Pesquisa

Data

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO NA AMAZÔNIA: UM ESTUDO DE CASO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL E DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

Pesquisador: FRANCINE REBELLO PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84024018.1.0000.5016

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.771.376

Apresentação do Projeto:

2 Versão

A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO E DO CUIDADO NA AMAZÔNIA: UM ESTUDO DE CASO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL E DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RIBEIRINHA

Instituição Proponente CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Responsável Principal FRANCINE REBELLO PEREIRA

Equipe de Pesquisa BRENA SILVA DOS SANTOS- Aluna de mestrado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZONIA

Fabiana Mânica

Júlio Cesar Schweickardt

MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.771.376

Amostra: 100 participantes, sendo 50 da EQUIPE DE SAÚDE FLUVIAL - BORBA/AM e 50 EQUIPE DE SAÚDE RIBEIRINHA - CAREIRO/AM intervenção será a ENTREVISTA

RESUMO

A natureza desta pesquisa qualitativa utilizará a cartografia, o diário de campo e a entrevista semiestruturada como instrumentos para a coleta de dados, que serão analisadas sob a ótica da micropolítica do trabalho e do cuidado desenvolvidos por Merhy e Feuerwerker.

Analisar a micropolítica do cuidado e do trabalho das Equipes de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha no território amazônico, descrevendo a rede de serviços de saúde e a constituição da política, tendo como base as características do território nos municípios de Borba e Careiro. Além de investigar a dinâmica do trabalho destas equipes, compreendendo a produção do cuidado na relação com os usuários dos serviços de saúde. Desta forma, a compreensão do território e do grupo amazônico a quem o trabalho em saúde se destina, criam efeitos na organização do trabalho e precisam ser evidenciados a fim de gerar novas reflexões sobre a atuação das equipes de saúde em diferentes territórios. Desta forma, algumas perguntas orientam esta pesquisa: como ocorrem as ações da Atenção Básica em um território como o da Amazônia? De que forma ocorre a organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família Fluviais – ESFF e das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha na relação com os usuários do serviço? Como as características do território produzem efeitos no seu processo de trabalho? Neste contexto analisar estas perspectivas ajudará a compreender como as ações de saúde atuam em função das diversidades sociais e culturais, tendo em vista

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a micropolítica do cuidado e do trabalho das Equipes de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinha no território amazônico.

Objetivo Secundário:

- 1) Descrever a rede de serviços de saúde e a constituição da política tendo como base as características do território líquido no município de Borba e Careiro;
- 2) Investigar a dinâmica do trabalho vivo das Equipes de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinhas de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.771.376

Borba e Careiro;

3) Compreender a produção do cuidado das Equipes de Saúde da Família Fluvial e Ribeirinhas na relação com os usuários de Borba e Careiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS SEGUNDO O PESQUISADOR:

Segundo o autor: "A Resolução 466/2012 CNS-MS prevê que pesquisas com seres humanos podem apresentar danos e riscos imediatos ou futuros aos sujeitos pesquisados. Visto isso, avalia-se que os riscos aos participantes das atividades em questão serão mínimos possíveis. Ressalta-se que os pesquisadores responsáveis assegurarão o compromisso de atender a todas as exigências éticas, em função da coleta e análise dos dados adquiridos."

Benefícios:

Os benefícios esperados neste trabalho objetivam gerar conhecimentos que contribuam para a compreensão da influência das relações grupais entre os trabalhadores de saúde do SUS e os usuários dos serviços, apontando especificidades sobre o cotidiano do trabalho da ESFF/ESF em um território com particularidades amazônicas e diversidade cultural. Ampliando as discussões sobre a atuação do SUS em populações específicas, conforme determinado pelo princípio da equidade. Os resultados desta pesquisa também poderão gerar reflexões sobre futuras ações e planejamentos das políticas públicas de saúde voltadas para a população ribeirinha, além de apoiar estudos sobre o tema saúde na Amazônia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ETAPAS DA PESQUISA

'primeira etapa da pesquisa consistirá no aprofundamento do referencial teórico para fundamentação dos conceitos de território/território líquido; a micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde, políticas de equidade. E terá por foco a busca por pesquisas que tratem dos temas: equipe de saúde da família/equipe de saúde da família ribeirinha no Amazonas e em outros Estados; saúde da população rural; populações ribeirinhas; saúde na Amazônia; etc.A segunda etapa tratará da visita à secretaria de saúde dos municípios com objetivo de oficializar a anuência desta pesquisa. Nesse momento, será esclarecido sobre os seus objetivos e planejamentos da fase de coleta de dados. Em seguida a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa'.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.771.376

A terceira etapa representará a coleta material para a pesquisa documental, através do levantamento de dados sobre a atenção a saúde nos municípios, descrevendo as redes de serviços de saúde em Borba e no Careiro, a caracterização destes territórios e descrição sobre as comunidades de atuação das ESFF e ESFR. Inclui ainda a investigação do histórico de adesão às ESFF e ESFR no município, através do acesso aos projetos que solicitaram a sua implantação, documentos e portarias do Ministério da Saúde referente ao objeto de pesquisa.

A quarta etapa consistirá na coleta de dados sobre as ESFF e ESFR atuantes no território de Borba e do Careiro, para esta finalidade será realizada as coletas de dados na sede do município com os gestores e coordenadores da atenção básica, compreendendo a composição técnica das equipes e a forma como se dá o apoio da gestão municipal através da disponibilidade de estruturas físicas, equipamentos e corpo técnico. Faremos ainda um primeiro contato com as equipes de saúde ribeirinha para conhecer a dinâmica do cotidiano de trabalho e as pessoas envolvidas, quem são os trabalhadores, onde moram, suas origens, atuação na área da saúde.

A quinta etapa será de acompanhamento propriamente das equipes nas suas atividades, a observação participante e a aplicação da entrevista, na tentativa de compreender a forma como se dá a organização dos dias de trabalho, os dias de campo, horários de atendimento aos usuários, as comunidades a que prestam serviços, os turnos de trabalho referente ao planejamento das atividades, a forma de acesso às comunidades, transporte, tempo de locomoção, compreender se há mudanças nos planejamentos em função do período de cheia e seca na região, a descrição da estrutura utilizada para oferecer os serviços de saúde nas comunidades.

A sexta etapa trata de investigar as ESFF e ESFR no território compreendendo como se dá a produção do cuidado na relação com os usuários no dia a dia dos serviços, como se estabelecem os vínculos, como lidam com os problemas que surgem de modo inesperado, quais as características da população atendida pelas equipes, e as demandas dos usuários pelos serviços de saúde, como lidam com a população ribeirinha. Além de aprofundar em temas não previstos no roteiro de entrevista (anexo ao projeto), que emergirem de forma espontânea na fala dos trabalhadores com conteúdos expressos de forma significativa.

A sétima etapa consiste na sistematização dos dados levantados através da entrevista e da observação, além da análise e discussão dos resultados. A última etapa, por sua vez, trata da construção da dissertação, além da apresentação dos resultados para a gestão do município e para os trabalhadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-FOLHA DE ROSTO-Assinada pelo Diretor do programa.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.771.376

2-TERMO DE ANUÊNCIA- Assinadas pelos secretários saúde do Municípios de Borba e Careiro.

3-ORÇAMENTO- ADEQUADO

4-CRONOGRAMA- ADEQUADO

5-TCLE- ADEQUADO

6- INSTRUMENTO METODOLÓGICO- ADEQUADO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A lista de adequações foi atendida, estando o protocolo completo e atende a Resolução 466/12 do CNS.

PELO EXPOSTO, SOMOS PELA APROVAÇÃO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1077659.pdf	29/05/2018 00:59:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3.pdf	29/05/2018 00:44:42	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2.pdf	29/05/2018 00:41:45	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	22/02/2018 13:17:25	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	T_ANUENCIA_2.pdf	22/02/2018 13:16:15	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	T_ANUENCIA_1.pdf	22/02/2018 12:47:40	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/02/2018 12:44:10	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	22/02/2018 12:40:27	FRANCINE REBELLO PEREIRA	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.771.376

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 15 de Julho de 2018

Assinado por:
DOMINGOS SÁVIO NUNES DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com