

Ministério da Saúde

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

VANESSA FIGUEIREDO DE ALMEIDA

FLUXOS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE
MAUÉS, AM

MANAUS – AM

2021



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

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

VANESSA FIGUEIREDO DE ALMEIDA

FLUXOS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE
MAUÉS, AM

MANAUS – AM

2021



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE

Fiocruz Amazônia

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

VANESSA FIGUEIREDO DE ALMEIDA

FLUXOS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE
MAUÉS, AM

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

ORIENTADOR: Prof^ª. Dr. JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT

MANAUS – AM

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

A447f

Almeida, Vanessa Figueiredo de

Fluxos da população ribeirinha no acesso aos serviços de urgência e emergência: um estudo de caso no município de Maués, AM. / Vanessa Figueiredo de Almeida. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

104 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Rede de Urgência e Emergência 2. Agentes comunitários de Saúde 3. Ribeirinhos – Maués - Amazonas I. Título

CDU 614(811.3Maués) (043.3)

CDD 614.098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 N° 287

VANESSA FIGUEIREDO DE ALMEIDA

**FLUXOS DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE
MAUÉS, AM**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

Aprovada em: 05/03/2021

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Julio Cesar Schweickardt - Orientador

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Profa. Dra. Kátia Maria de Menezes - Membro

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Profº. Dr. Alcindo Antônio Ferla - Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Dedico esta dissertação In Memória de **Valdeir Figueiredo de Almeida**, meu eterno irmão e amigo.

A meus pais, **Maria de Lourdes Figueiredo de Almeida** e **Valter Ferreira de Almeida**. Ao meu esposo, **Marcos Antônio Ferreira da Silva**. A toda minha família, irmãos e sobrinhos, meus amigos e comunidade. Todos que me apoiaram e incentivaram nesta jornada.

A todos os ribeirinhos e profissionais da saúde que realizam esse belo e cativante trabalho no território.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, por ter me guiado e permitido chegar até aqui.

A meus pais, (Maria de Lourdes Figueiredo de Almeida e Valter Ferreira de Almeida) ao meu esposo (Marcos Antônio Ferreira da Silva), meus irmãos (Valdeir Figueiredo – in Memória), (Verlane Kelly, Valter Júnior, Vera Lúcia e Valber) a meus sobrinhos (Alex, Alice, Gabriel e Jonathan) e a todos os meus amigos, por todo apoio e incentivo, pois sempre estiveram dispostos a me ajudar sem medir esforços para que eu chegasse até aqui.

À minha amiga e colega de turma, Ana Elizabeth e toda sua família por ter me acolhido em sua casa sempre que precisei. À minha amiga Agatha Nascimento Cardoso e a toda sua família, que me acolheram em sua casa desde o processo de inscrição do Mestrado e em outros momentos que precisei ficar em Manaus.

À minha amiga e colega de turma Josiane Medeiros, que dispôs de seu tempo para me ajudar na revisão do texto da dissertação. À minha amiga Glenda Patrícia Vieira, que me acompanhou na última viagem a campo e me ajudou muito nas oficinas.

Ao meu orientador, Júlio Cesar Schweickardt, por todo apoio, incentivo e principalmente pela paciência, orientação e aprendizado contínuo que nos proporciona.

Ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA na pessoa do professor Júlio Cesar Schweickardt e de toda equipe (Izi Caterini, Thalita Renata, Fabiana, Joana, Raquel, entre outros), por todo aprendizado, apoio e experiências compartilhadas que me fizeram crescer enquanto pessoa, profissional e pesquisadora.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo financiamento para a realização da pesquisa de campo.

À Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação – VPEIC da FIOCRUZ pela disponibilização da Bolsa de estudo, que contribuiu muito para o desenvolvimento da pesquisa e principalmente para as atividades acadêmicas durante o Mestrado.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - PPGVIDA, servidores e colaboradores da Secretaria Acadêmica-SECA, ao POS-GRAD por todo apoio e orientações durante o período do Mestrado, ao Ycaro Verçosa, Bibliotecário do ILMD por toda colaboração e orientações, assim como a todos os colegas da Turma 2018 do PPGVIDA.

À professora Sônia Maria Lemos por ter me acolhido no Estágio docência e ter me motivado a lutar pelos direitos dos cidadãos, especialmente aqueles relacionados à saúde.

À Banca avaliadora, desde os titulares (Dra. Kátia Maria de Menezes e Dr. Alcindo Antônio Ferla) aos suplentes (Dra. Sônia Maria Lemos e Dr. Rodrigo Tobias Sousa Lima) que fizeram suas considerações e contribuições para a dissertação.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Maués por terem me acolhido e colaborado na pesquisa de campo e por todo o aprendizado, especialmente com os Agentes Comunitários de Saúde da área ribeirinha.

A todos os ribeirinhos que na luta diária e em suas histórias nos ensinam a viver.

*“Meu refúgio, minha rocha protetora,
meu Deus eu confio em ti!”*

Salmo 91, 2.

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde como um direito de todo cidadão deve ser abordado em consideração às especificidades de cada caso, contexto e região. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi pensada como importante estratégia de atenção à saúde que visa a ampliação do acesso. Desse modo, a Rede de Urgência e Emergência como um componente da RAS deve estar articulada com os diferentes níveis de atenção, especialmente com a Atenção Básica. Considerando o contexto ribeirinho com suas especificidades, também é necessário atentar para as singularidades desse território e de suas populações. Para tanto, é necessário conhecer os fluxos utilizados pelos ribeirinhos no acesso à essa Rede, contribuindo para a tomada de decisão dos gestores na organização desses fluxos em cada ponto da Rede. Este estudo teve como objetivo analisar a produção do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município de Maués, onde buscou-se identificar as redes de saúde no município, com destaque ao território ribeirinho, descrevendo os fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência. Trata-se de um estudo de caso, descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, realizado no município de Maués, situado na Região de Saúde do Baixo Rio Amazonas, tendo como participantes da pesquisa os gestores de saúde local, gerentes responsáveis pelas equipes ribeirinhas, além de profissionais de saúde que atuam na área ribeirinha. Esta dissertação é apresentada em três capítulos. Inicialmente é feita uma descrição do caminhar na pesquisa, das descobertas e transformações no caminho. Apresentamos a aplicação da técnica dos Mapas falantes que permitiram um diálogo mais próximo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um conhecimento sobre a população e o cuidado em saúde no território ribeirinho. No segundo capítulo iniciamos com uma breve descrição do município, destacando a Rede de Serviços de Saúde existente, bem como a Rede de Urgência e Emergência para a zona urbana e área ribeirinha. Destacamos os desafios e potencialidades no cuidado em saúde, especialmente na produção de redes vivas no processo do cuidado em casos de urgência e emergência. No terceiro capítulo são apresentados os fluxos de acesso da população ribeirinha e a micropolítica da gestão no acesso aos serviços de urgência e emergência. Os fluxos da população ribeirinha são influenciados por diferentes fatores, seja econômico, sociais, culturais, político e até mesmo organizacional quando se refere ao aspecto da gestão em saúde. Por fim, podemos dizer que o acesso e os fluxos aos serviços de saúde acontecem, efetivamente, no respeito à equidade, no reconhecimento do território ribeirinho como diferenciado, na relação dialógica da gestão com o trabalho em saúde, na aposta da educação permanente como uma política transformadora das práticas de trabalho, e, finalmente, no fortalecimento das redes vivas que potencializam o cuidado no território líquido da Amazônia.

Palavras-Chave: Rede de Urgência e Emergência; Acesso aos serviços de saúde; Território e saúde; Saúde ribeirinha, Amazônia.

ABSTRACT

Access to health services as a right of every citizen should be addressed in consideration of the specificities of each case, context and region. The Health Care Networks (RAS) was thought of as an important health care strategy aimed at expanding access. Thus, the Emergency and Emergency Network as a component of the RAS should be articulated with the different levels of care, especially with Primary Care. Considering the riverside context with its specificities, it is also necessary to look at the singularities of this territory and its populations. Therefore, it is necessary to know the flows used by the riverside in accessing this Network, contributing to the decision-making of managers in the organization of these flows at each point of the Network. This study aimed to analyze the production of access of the riverside population to emergency services in the municipality of Maués, where we sought to identify health networks in the municipality, especially the riverside territory, describing the flows of access of the riverside population to emergency and emergency services. This is a descriptive and exploratory case study with a qualitative approach, carried out in the municipality of Maués, located in the Health Region of the Lower Amazon River, having as participants of the research the local health managers, managers responsible for the riverside teams, as well as health professionals working in the riverside area. This dissertation is presented in three chapters. Initially, a description of the walk in research, the discoveries and transformations in the path is made. We present the application of the Talking Maps technique that allowed a closer dialogue with community health agents (CHA) and a knowledge about the population and health care in the riverside territory. In the second chapter we started with a brief description of the municipality, highlighting the existing Health Services Network, as well as the Emergency and Emergency Network for the urban area and riverside area. We highlight the challenges and potentialities in health care, especially in the production of living networks in the care process in cases of urgency and emergency. The third chapter presents the access flows of the riverside population and the micropolitics of management in access to emergency and emergency services. The flows of the riverside population are influenced by different factors, whether economic, social, cultural, political and even organizational when referring to the aspect of health management. Finally, we can say that access and flows to health services happen, effectively, with respect to equity, in the recognition of the riverside territory as differentiated, in the dialogical relationship of management with health work, in the bet of continuing education as a transformative policy of work practices, and, finally, in the strengthening of living networks that enhance care in the net territory of the Amazon.

Keywords: Urgency and Emergency Network; Access to health services; territory and health; Riverside health, Amazon.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1. Apresentação dos Mapas na Oficina de Mapas falantes pelas ACS..... | 25 |
| Figura 2. Abertura da Oficina de Casos Complexos, grande roda de acolhida..... | 26 |
| Figura 3. Grupo na discussão de casos, Oficina de casos complexos | 27 |
| Figura 4. Mapa da Região de Saúde do Baixo Amazonas, em destaque município de Maués..... | 31 |
| Figura 5. Mapa do Município de Maués, limites geográficos..... | 32 |
| Figura 6. Principais pontos de atenção da RUE..... | 37 |
| Figura 7. Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências..... | 38 |
| Figura 8. Localização das comunidades ribeirinhas e da área indígena, Maués, 2020..... | 46 |
| Figura 9. Mapa falante da área de abrangência de uma ACS do Polo 01, Rio Limão Grande, Comunidade Novo Alvorecer..... | 57 |
| Figura 10. Mapa falante da área de abrangência de uma ACS do Polo XI, Rio Urupadi, Comunidade Santa Clara..... | 59 |
| Figura 11. Fluxo de acesso em casos de urgência e emergência a partir da micropolítica..... | 70 |
| Figura 12. Fluxo de acesso à urgência e emergência, idas e vindas do usuário..... | 71 |
| | |
| Quadro 1. Equipes de Saúde Rural/Ribeirinha, Maués, 2020..... | 34 |
| Quadro 2. Unidades de Saúde Rural/Ribeirinha, Maués, 2019..... | 34 |
| Quadro 3. Unidades de Saúde Rural/Ribeirinha construídas e reformadas, Maués, 2020..... | 35 |
| Quadro 4. Principais causas de Internações Hospitalares por local de residência e ano de atendimento segundo CID-10, Maués, 2020..... | 53 |
| Quadro 5. Encaminhamentos via Transporte Fora de Domicílio, por tipo de atendimento e acomodação, no ano de 2019, Maués, 2020..... | 72 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AD – Análise do Discurso

CAAE – Certificado da Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

FAPEAM – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

ILMD – Instituto Leônidas & Maria Deane

IFAM – Instituto Federal do Amazonas

LAHPSA – Laboratório de História e Políticas de Saúde da Amazônia

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPSUS – Projeto de Pesquisa para o SUS

PS – Pronto Socorro

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIH – Sistema de Informação de Internação Hospitalar

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SISTER – Sistema de Transferência de Emergência Regulada

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade básica de Saúde Fluvial

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 14 |
| CAPÍTULO 1. CAMINHOS DA PESQUISA, O ATO DE PESQUISAR E SE REDESCOBRIR NO TERRITÓRIO DE MAUÉS | 21 |
| 1.1 Procedimentos Metodológicos | 22 |
| 1.2 Os mapas falantes e os territórios ribeirinhos | 25 |
| 1.3 Mergulhando no campo da pesquisa, implicações, acontecimentos e descobertas..... | 28 |
| CAPÍTULO 2 – AS REDES DE SAÚDE DE MAUÉS E O DIÁLOGO COM O TERRITÓRIO LÍQUIDO..... | 31 |
| 2.1 Descrevendo o Município de Maués, características sociodemográficas e de saúde | 31 |
| 2.2 A Rede de Urgência e Emergência no município de Maués | 37 |
| 2.3 O território ribeirinho de Maués, desafios e potencialidades no cuidado em saúde..... | 40 |
| 2.4 Tipos de transporte utilizados pela população ribeirinha..... | 43 |
| 2.5 Diálogo entre as equipes rurais/ribeirinhas e os Agentes Comunitários de Saúde | 45 |
| 2.6 O Agente Comunitário de Saúde e a produção de redes vivas no cuidado em saúde..... | 47 |
| 2.7 A urgência e emergência na área ribeirinha: “uma furada, um tiro, uma picada de cobra, uma mulher pra parir sem poder parir” | 49 |
| CAPÍTULO 3 – “OS MAPAS FALANTES” E OS FLUXOS NO ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 55 |
| 3.1 Fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência..... | 55 |
| 3.2 Articulação das equipes de saúde da família e os serviços de urgência e emergência | 62 |
| 3.3 Fluxos de referência e contra referência e Atendimentos sensíveis à Atenção Básica | 65 |
| 3.4 Gestão do território ribeirinho e o acesso aos serviços de urgência e emergência | 68 |
| 3.5 O exercício da micropolítica da gestão do cuidado em saúde no município..... | 69 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 78 |
| ANEXOS | 85 |
| ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 85 |
| ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 95 |
| ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES MUNICIPAIS | 97 |
| ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DE HOSPITAL | 99 |
| ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA..... | 101 |
| ANEXO F – ROTEIRO PARA PRODUÇÃO DOS MAPAS | 103 |
| ANEXO G - QUESTÕES PARA DISCUSSÃO DOS CASOS | 104 |

INTRODUÇÃO

O acesso universal à saúde é um direito de todo cidadão e está garantido pela Constituição Federal brasileira de 1988. Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde tem sido abordado por diferentes autores e apresenta diversos conceitos e modelos explicativos. Contudo, o termo possui uma definição ampla e complexa que torna difícil conceituá-lo de forma fixa. Assis e Jesus (2012) apresentam um modelo de análise do acesso universal aos serviços de saúde, considerando as seguintes dimensões de análise: política, econômica-social, organizacional, técnica e simbólica. Neste estudo, optamos por adotar as dimensões política e organizacional para análise do acesso aos serviços de urgência e emergência.

Abordar a temática sobre acesso à saúde traz um leque de possibilidades para análise. Quando se trata de acesso aos serviços de saúde, seja de urgência e emergência ou mesmo da Atenção Básica (AB), os estudos geralmente tratam dessa temática de maneira isolada, como pontos de atenção distintos e com pouca articulação. De acordo com Jorge *et al.*, (2014), a AB deve atuar de forma articulada com a Rede de Urgência e Emergência (RUE), como um componente da rede conforme seus princípios e objetivos.

Diante de diversos avanços e desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) veio enfrentando desde sua implantação, houve a necessidade de diversas mudanças para ampliação e melhoria do acesso aos serviços de saúde. A partir da década de 2000, houve uma reestruturação do sistema com a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como redes temáticas prioritárias. Assim, temos a Rede de Urgência e Emergência (RUE) instituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, tendo em vista a equidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011).

A implantação das RAS no Brasil se deu pela necessidade de reestruturação e organização do Sistema Único de Saúde, visando a promoção de uma atenção eficiente e de qualidade pautada nos princípios desse mesmo sistema, com vistas ao cuidado contínuo e integral e com responsabilização entre os setores envolvidos (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

As Redes de Atenção à Saúde devem atuar como facilitadoras do percurso dos usuários dentro dos diversos serviços de saúde, acompanhando sua trajetória dentro da rede de modo que haja um compartilhamento do cuidado entre as equipes básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os serviços especializados (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014).

Na atenção à saúde, a maior parte das políticas é pensada no âmbito nacional e acaba explicitando as desigualdades socio regionais, pois as particularidades das regiões são pouco consideradas. Segundo Viana *et al.*, (2009, p. 227) a “lógica regional não se mostra fortemente presente na formulação, financiamento e regulação da política nacional de saúde”. A autora considera que as singularidades que caracterizam a Amazônia requerem ações gerais e outras específicas numa lógica regional, com definição de programas específicos e apoio das esferas estaduais (VIANA *et al.*, 2009).

O acesso aos serviços de saúde na região Amazônica é diferente das demais regiões do país, especialmente quando se trata de populações específicas como é o caso da população ribeirinha. Assim, profissionais seja da Atenção Básica ou dos serviços de urgência e emergência, muitas vezes, não conseguem seguir os protocolos instituídos no âmbito nacional devido as particularidades da região. A organização e o funcionamento desses serviços, geralmente, são realizados de acordo com a situação no cotidiano do processo de trabalho e da gestão do cuidado, através de relações micropolíticas, não seguindo protocolos definidos (LIMA *et al.*, 2016).

A micropolítica, no contexto da saúde é abordada por autores como Merhy (2016), Franco (2013) e Feuerwerker (2014). Nessas análises no campo da saúde, o trabalho é uma categoria central. É a composição tecnológica do trabalho que marca o foco da análise e permite caracterizar ofertas de cuidado para pessoas e grupos, mas também ampliar o foco do que produz o trabalhador para si e para os outros.

De acordo com Merhy (2016, p. 75), “os espaços micropolíticos de encontro (e disputa) podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios e conceitos dominantes e novas relações de poder”. Franco (2013) faz uma reflexão sobre as redes na micropolítica do trabalho que não se trata de considerar as redes de cuidado apenas como aquelas formais e institucionalizadas, mas as que são produzidas no encontro, seja no cotidiano do trabalho ou da gestão.

As populações ribeirinhas são consideradas neste estudo, como uma categoria social e política que vivem em comunidades num determinado território (PEREIRA *et al.*, 2019; SCHWEICKARDT *et al.*, 2016), que aqui denominamos de *líquido*, categoria que será discutida mais adiante. A população ribeirinha pode ser caracterizada pelas seguintes questões: convive com as grandes distâncias, o que interfere diretamente no acesso; tem as suas comunidades dispersas nas margens das calhas de rios, convivendo com os ciclos hidrológicos; faz uso de diferentes práticas tradicionais de cuidado; modo

de vida marcado pelas especificidades do território (FERLA, SCHWEICKARDT, SCHWEICKARDT, NOAL, 2019).

Fraxe (2004), Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) e Esterci (2002) adotam outras terminologias para designar as populações ribeirinhas ou comunidades que vivem em torno de florestas e rios. Fraxe utilizou o termo “homem-anfíbio” (FRAXE, 2000, p. 16) para se referir às populações que vivem na várzea. A mesma autora, ainda utiliza o termo ribeirinho como sinônimo de caboclo-ribeirinho, como sendo uma população que possui características singulares, que vivem num território com um modo de vida e cultura específica. Ainda destaca a interação do caboclo-ribeirinho com o ambiente, refletindo nas suas práticas cotidianas (FRAXE, 2000; FRAXE, 2004).

Segundo Pessoa, Almeida e Carneiro (2018), o termo ribeirinho pode ser usado para denominar uma população específica da região amazônica que vive entre os rios e lagos, tendo seus modos de vida e sua cultura baseados na agricultura e na pesca. Os autores destacam a importância da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, especialmente pela inserção da população das águas a esta política. Levando em conta que essa população tem características específicas e que não se encaixava nas políticas anteriores que utilizavam o termo genérico população rural.

O ribeirinho, enquanto uma categoria social e política, não pode se fixar somente pela localização geográfica, ou seja, morador das margens dos rios e lagos, o que pode nos levar a uma redução ao geográfico. Esterci (2002) nos mostra que a designação de ribeirinho foi sendo construída, a partir dos anos de 1980, pelos movimentos sociais e institucionais como uma categoria política que tinha como bandeira de luta o direito à pesca e à terra. Antes disso, os movimentos sociais em torno da categoria de pescadores e produtores rurais.

O território ribeirinho pode ser considerado um território existencial, onde as pessoas produzem a sua vida na relação com o ambiente, com os outros grupos sociais e com as políticas públicas desenvolvidas no lugar. Nesse sentido, considerando as especificidades regionais, as potências locais na produção do cuidado, a dimensão micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado, as características do território, este estudo visa analisar a produção do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município de Maués.

O “território líquido” é refletido nesse estudo como uma categoria que expressa a singularidade e especificidades da região Amazônica, bem como para diferenciá-la do contexto nacional no qual as políticas públicas de saúde são pensadas e formuladas

(SCHWEICKARDT et al, 2016). Portanto, entendemos que “as políticas públicas devem ultrapassar o espaço geográfico para o território do cuidado” (HEUFEMANN *et al.*, 2016, p. 106).

As políticas públicas para a Amazônia historicamente foram elaboradas com pouco diálogo com as particularidades da região, ignorando as tradições e conhecimentos dos múltiplos povos. Portanto, trazer a categoria de *território líquido*, expressão de uma Amazônia ribeirinha, é uma tentativa de ressignificar esse lugar e construir um dispositivo analítico para responder às necessidades tanto do pensamento e interpretação da região como incidir sobre as práticas das políticas públicas de saúde.

Inicialmente reconhecemos que o território líquido é, antes de tudo, um lugar de vida de uma determinada população numa das amazônias possíveis, compreende, portanto, um território vivo em que se constituem em múltiplas relações entre pessoas, ambiente, outras “gentes” que habitam o lugar e o imaginário das populações. Assim, estamos falando de um lugar de vida e não somente de um lugar geográfico que informa sobre onde as pessoas constroem suas casas e fazem as suas roças.

O território se refere também às águas, ao ciclo hidrológico, como uma dimensão concreta na vida. As águas servem de caminhos para o acesso aos serviços de saúde, por onde navegam as diferentes embarcações. O ciclo das águas: enchente, cheia, vazante e seca é um fenômeno natural e anual que povoa a história e as memórias dos ribeirinhos e dos profissionais da saúde. O meio fluvial está relacionado diretamente com os serviços de urgência e emergência e ao trabalho das equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluvial que produzem o cuidado. Portanto, as águas é o elemento mais importante e marcante na vida da população ribeirinha.

O período de enchente dos rios ocorre, geralmente, a partir de novembro quando aumentam as chuvas na região, também conhecido como inverno amazônico. A cheia acontece, normalmente, entre os meses de abril a julho, quando as águas atingem seu ápice, iniciando o período de vazante, no mês de agosto, quando os rios começam a baixar, chegando até o auge da seca (BITTENCOURT; AMADIO, 2007). Assim, o período da seca significa que o acesso é mais difícil porque precisam caminhar horas por trilhas e precisam utilizar embarcações menores e mais lentas para chegar ao destino. A seca afeta grande parte da população de Maués porque as distâncias são longas. Por outro lado, a cheia os caminhos se abrem, pois as águas sobem os barrancos, alargam as margens e alagam as florestas.

Assim, a categoria *território líquido* é mais do que uma simples metáfora para falar de um determinado lugar que é mediado pelas águas, mas deve nos ajudar como uma categoria de análise para avaliar as políticas públicas e o trabalho em saúde desenvolvido nas comunidades ribeirinhas. O território líquido serve como um analisador inclusive das ações de pesquisa e de produção de conhecimento na região, que é marcada pela ausência e pela presença de doenças.

Segundo Milton Santos (1988), o território é composto por fixos e fluxos. Nesse sentido, Fraxe (2004, p. 250) traz uma reflexão acerca dos fixos e fluxos da cultura cabocla ribeirinha, caracterizando os fixos como “instrumentos de trabalho e as forças produtivas em geral”, já os fluxos “são o movimento e circulação num espaço que pode ser econômico, social e político”.

Para Santos (1988) é difícil analisar os fluxos devido à ausência de dados mais concretos, mas conseguimos analisar os fixos com suas características técnicas e organizacionais que não refletem a dinâmica social e política de um grupo. Os fluxos se referem aos movimentos e às conexões dos usuários dentro da rede, ou seja, os serviços de saúde são os fixos que estão intrinsecamente ligados aos fluxos dos usuários do sistema. Portanto, entendemos que para a nossa pesquisa é significativo utilizar a ideia de fixos e os fluxos para compreender o acesso dos usuários e o trabalho da equipe de saúde.

A escolha do município de Maués, no estado do Amazonas, para este estudo se deu pelo fato de este ser um município caracterizado por uma grande extensão territorial e com diversas comunidades situadas em seus diferentes rios, lagos e igarapés e cuja população é superior ao quantitativo populacional residente na sede municipal.

Este trabalho teve como objetivo geral analisar como se dá a produção do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município de Maués e; mais especificamente: Identificar as redes de saúde no município de Maués, destacando o território ribeirinho; descrever os fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência; Analisar a micropolítica da gestão em relação ao acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência. Diante disso, surgiram algumas questões/problemas que nortearam a pesquisa: como se dá o acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município de Maués? Como as equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam na área ribeirinha se articulam com os serviços de urgência e emergência? Como a gestão municipal organiza os fluxos da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência?

A dissertação aqui apresentada está vinculada ao Projeto guarda-chuva, intitulado “O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas”, coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/Fiocruz Amazônia, financiado pela FAPEAM através do Edital PPSUS/FAPEAM – 001/2017. Este projeto maior foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas - UFAM e aprovado sob o CAAE: 99460918.3.0000.5020. Assim, esta dissertação atende aos requisitos éticos e legais conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2013). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os participantes da pesquisa, sendo que após esclarecimento dos objetivos e da finalidade da pesquisa foi solicitado a assinatura do TCLE.

Esta dissertação está redigida conforme o modelo convencional de dissertações apresentadas no Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ, sendo composta por três capítulos:

Capítulo 1 - Caminhos da pesquisa, o ato de pesquisar e se redescobrir no território de Maués. Realizamos uma descrição do percurso da pesquisa e das transformações enquanto pesquisadora. Além disso, descrevemos as técnicas e instrumentos da coleta de dados em campo, bem como sua posterior análise. Utilizamos como técnica, os Mapas Falantes que nos possibilitou entender como se dá o percurso da população ribeirinha dentro da rede de saúde municipal, e como a atenção básica se articula com os serviços de urgência e emergência para promover uma continuidade do cuidado em saúde.

Capítulo 2 – As Redes de Saúde de Maués e o diálogo com o território líquido. Nesse capítulo é feita uma descrição do Município de Maués, suas características sociodemográficas e de saúde, damos destaque para a Rede de Urgência e Emergência no município de Maués, que mesmo não estando instituída como política nos moldes nacionais da RAS. Buscamos compreender como trabalhadores e gestores do município realizam esses serviços de acolhimento e atendimento às urgências e emergências, seja no âmbito das equipes hospitalares ou da atenção básica através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Capítulo 3 - Os fluxos de acesso da população ribeirinha e a micropolítica da gestão no acesso aos serviços de urgência e emergência, trata principalmente dos desenhos gráficos produzidos pela técnica Mapas falantes, que permite entender como ocorre o acesso da população ribeirinha, como se dá a articulação das equipes de saúde da família e os serviços de urgência e emergência, quais são os fluxos de referência e

contrarreferência e sobre os atendimentos sensíveis à Atenção Básica. Como a gestão organiza os serviços de saúde, seus fluxos de acesso aos serviços de urgência e emergência e como viabiliza o acesso dos ribeirinhos aos serviços de urgência e emergência.

CAPÍTULO 1. CAMINHOS DA PESQUISA, O ATO DE PESQUISAR E SE REDESCOBRIR NO TERRITÓRIO DE MAUÉS

Esse capítulo traz uma breve descrição dos caminhos da pesquisa, desde a abordagem metodológica, as etapas em que ocorreu a inserção da pesquisadora, bem como suas impressões acerca desse processo de fazer pesquisa em um território diferenciado.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e participativa com abordagem qualitativa por meio de um estudo de caso exploratório no município de Maués. A pesquisa participativa visa incorporar os gestores como elementos ativos na construção do estudo, bem como para refletir sobre seu processo de gestão diante da realidade local (DYNIEWICZ, 2009).

A pesquisa com abordagem qualitativa é muito utilizada no campo da sociologia e tem ganhado espaço nos estudos da área da saúde, pois responde a questões muito particulares trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Essas questões remetem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos à operacionalização de variáveis ou mesmo pelo emprego de técnicas que não permitem a reflexão da vivência enquanto pesquisador e adequação do método (MINAYO, 2012).

O estudo de caso, segundo Yin (1996) é um importante método para analisar um contexto específico, pois “permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real”.

A pesquisa aqui produzida não teve o intuito de ser uma pesquisa sobre, mas uma pesquisa com os trabalhadores locais. Assim, segundo Gomes e Merhy (2014, p. 26) somos todos pesquisadores, pois “o pesquisador/objeto não se diferenciam na construção e no fazer investigativo”. Pois todos têm um saber que carregam de sua história de vida, de suas experiências no cotidiano do trabalho e da vida comunitária.

A pesquisa é entendida aqui como um processo de experimentação, além de um processo investigativo, pois através dela estão presentes as implicações percebidas e sentidas durante a inserção no campo da pesquisa. O intuito desse processo de experimentação vai além dos resultados acerca do objeto de estudo (GOMES; MERHY, 2014). Não há um protocolo ou processo de investigação definido, é construído durante a pesquisa em ato, durante o encontro com os trabalhadores, que trazem em suas vivências detalhes e subjetivação que dão vida à pesquisa e transformam tanto a pesquisa, quanto o pesquisador.

1.1 Procedimentos Metodológicos

Dentre os instrumentos da pesquisa de campo, iniciamos com um roteiro de perguntas que serviram como disparadores das temáticas do projeto. Utilizamos o diário de campo para anotações sobre as observações realizadas no campo e as impressões obtidas sobre a realidade local. A observação participante foi outra estratégia de pesquisa utilizada.

A observação participante permite ao pesquisador uma relação de troca de informações, abrindo o diálogo para que o pesquisador através do olhar e do ouvir, possa interpretar as ações do outro e busque compreender sua cultura de forma integral. Trata-se de um modo que busca dar conta das dificuldades que podem aparecer no trabalho de generalização tem a ver com a tentativa de superar o nível da experiência, ampliando as possibilidades de contato direto com os participantes da pesquisa (AGUIAR, 1978).

Utilizamos também como instrumento de pesquisa, os Mapas Falantes, que têm uma abordagem participativa. Ele auxilia no diagnóstico do território através de um processo de coleta e registro de informações e percepções sobre o território (CEDAPS, 2019). A abordagem participativa tem o intuito de produzir conhecimento coletivo, compartilhamento de experiências e que visa discutir as problemáticas identificadas no campo (TOLEDO e PELICIONI, 2009).

A técnica de Mapas falantes nesse sentido, segundo os autores supracitados, visa a participação coletiva na confecção dos mapas e nas discussões acerca da problemática levantada pelos grupos. Nele são apresentadas representações gráficas dos problemas ou desafios identificados pelos participantes na sua vida cotidiana e no seu trabalho em saúde. Além disso, por meio dele é possível fazer um diagnóstico situacional e fazer um planejamento de ações de melhoria e de adequações para o cuidado em saúde.

A inserção da pesquisadora no campo ocorreu em 3 etapas:

Primeira Etapa: Inicialmente foi feito um mapeamento e descrição da estrutura da rede e dos serviços de saúde do município por meio de levantamento dos dados no CNES e dos documentos oficiais do município, como o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Essa primeira etapa se deu para que houvesse uma melhor compreensão da dinâmica das equipes, o funcionamento e o processo de gestão dos serviços, especialmente das equipes ribeirinhas.

Segunda etapa: Nesse momento realizamos as entrevistas com os gestores, coordenadores e com o diretor do hospital municipal. Tendo como objetivo analisar a

micropolítica da gestão do cuidado em relação ao acesso da população ribeirinha no município, por meio de entrevistas e da observação participante durante visitas ao hospital municipal e às Unidades Básicas de Saúde, onde foi possível realizar visitas a duas Unidades Básicas de Saúde, além de duas visitas ao hospital.

Terceira etapa: Nesta etapa foi realizada uma oficina com dois gerentes de enfermagem responsáveis pelas equipes, com a coordenadora da Atenção Básica e com os Agentes Comunitários de Saúde do município para a discussão e descrição do fluxo da população ribeirinha no intuito de entender um pouco do seu processo de trabalho, bem como dos caminhos percorridos pelos usuários dentro da rede e qualificar as situações mais recorrentes de saúde.

Foram realizadas 14 entrevistas com gestores e profissionais da saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência e na Atenção Básica, tanto no âmbito assistencial quanto administrativo. As entrevistas foram transcritas, sendo as informações organizadas de acordo com as categorias empíricas identificadas na pesquisa. As principais categorias de análise que emergiram do campo por meio da inserção do pesquisador no local da pesquisa foram: cuidado em saúde, gestão do trabalho e do cuidado, transporte sanitário, território do cuidado, redes vivas.

Foram realizadas duas oficinas com os Agentes Comunitários de Saúde que atuam diretamente nas comunidades ribeirinhas, juntamente com dois enfermeiros responsáveis pela equipe. Infelizmente, os enfermeiros responsáveis pelas outras equipes não puderam participar da oficina, devido a outra programação da Secretaria Municipal de Saúde ter ocorrido simultaneamente. Na primeira viagem, na Oficina do PlanificaSUS realizada em setembro, na sede do Instituto Federal do Amazonas (IFAM) no município de Maués, os ACS foram convidados pelo Dr. Júlio, coordenador do LAHPSA, a participar da construção dos Mapas falantes, onde o pesquisador explicou como seria essa construção e como deveriam ser confeccionados, para posterior apresentação.

A primeira oficina foi sobre a elaboração, construção e apresentação dos mapas falantes. E a segunda foi uma discussão dos casos considerados por eles (ACS) como sendo mais complexos, sendo que nessa discussão foram apresentados além dos desafios no cuidado em saúde em casos de urgência e emergência como as potencialidades desse cuidado no território diferenciado denominado por alguns como rural/ribeirinho. Ambas as oficinas ocorreram no final de janeiro de 2020, na terceira viagem a campo.

Dessas oficinas participaram 63 ACS no primeiro dia e no segundo dia 64 ACS participaram da discussão dos “Casos Complexos” de urgência e emergência. Além dos

mapas falantes, planejamos uma oficina de escrita compartilhada com 22 Agentes Comunitários de Saúde que se dispuseram a elaborar os Mapas Falantes e contribuir como pesquisadores locais. Outros demonstraram interesse, mas não confirmaram sua presença. No entanto, a oficina não aconteceu porque estava agendada para março de 2020, quando iniciou as restrições de viagens e encontros presenciais devido à pandemia da COVID-19.

Diante das entrevistas e oficinas realizadas, os dados foram analisados e interpretados por meio dos princípios da Análise do Discurso (AD), considerando as narrativas dos gestores, coordenadores e trabalhadores e seus lugares de fala.

A análise das entrevistas foi dividida em três etapas, primeiramente os dados foram organizados conforme o depoimento de cada entrevistado e tais informações obtidas foram sintetizadas, destacando as principais categorias relacionadas à temática do estudo, de modo que facilitou o momento de classificação dos dados, que consistiu na segunda etapa, e assim, seguiu-se à última etapa, que foi a análise final dos resultados com base nos princípios da AD. Segundo Souza (2006) AD permite analisar as narrativas dos sujeitos e seu lugar de fala, possibilitando inferir sobre os significados que refletem o contexto ao qual está inserido, seja social ou político. Assim, também ocorreu com as oficinas, foram organizadas categorias de análise de acordo com as narrativas e discursos presentes nos relatos dos profissionais.

Na análise do discurso segundo Orlandi (2008) não se trata de analisar a língua ou mesmo a gramática, mas o discurso. No sentido de entender a ideia por trás do discurso, é importante compreender a língua enquanto processo simbólico e social (ORLANDI, 2008; SOUZA, 2006). E ainda, de acordo com Orlandi (2008):

O discurso não corresponde a noção de fala pois não se trata de opô-lo à língua como sendo um sistema, onde tudo se mantém, com sua natureza social e suas constantes, sendo o discurso, como a fala, apenas uma sua ocorrência causal, individual, realização do sistema, fato histórico [...] O discurso tem sua regularidade, tem seu funcionamento que é possível apreender e não opomos o social e o histórico, o sistema e a realização, o sujeito e o objetivo, o processo ao produto (ORLANDI, 2008, p. 20)

Os dados secundários foram analisados conforme os pressupostos metodológicos citados por Gil (2006), tendo em vista a necessidade de analisar os documentos oficiais para compreender aspectos organizacionais importantes relacionados especialmente à gestão dos serviços. Esses dados foram interpretados de acordo com os objetivos propostos no estudo, tendo em vista a descrição da Rede de Saúde do município.

1.2 Os mapas falantes e os territórios ribeirinhos

A oficina dos Mapas falantes ocorreu em dois dias, no final do mês de janeiro de 2020, sendo que após ser apresentada a metodologia dos “Mapas”, pedimos à coordenadora da Atenção Básica que solicitasse às equipes que elaborassem seus mapas na comunidade. A construção dos Mapas se deu em sua maioria pelos ACS junto com membros da comunidade, com a ajuda do coordenador comunitário ou de algum de seus familiares que tinha habilidade para desenhar. Os objetivos da oficina eram identificar as redes de saúde no município de Maués, destacando o território ribeirinho e descrever os fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência através dos mapas e das narrativas.

Os mapas foram apresentados pelos Agentes Comunitários de Saúde, em que relataram os fluxos dos ribeirinhos no acesso aos serviços de urgência e emergência, como observado na figura 1. Durante a apresentação dos mapas, além dos ACS, estavam presentes dois enfermeiros responsáveis por suas respectivas equipes, a coordenadora da Atenção Básica e duas pesquisadoras do LAHPSA.

Figura 1. Apresentação dos Mapas na Oficina de Mapas falantes pelas ACS



Fonte: Acervo do LAHPSA, 2020.

Os ACS conseguiram descrever bem a localização das comunidades, tempo de deslocamento (cheia e seca), tipo de motor, obstáculos, furos, lagos. Esses *furos* são

caminhos que surgem no período da cheia, servindo como atalhos para que os ribeirinhos se conectem entre rios, lagos e igarapés (ANDRADE, 1956). Mas no geral eles preferiram apresentar aspectos importantes para o acesso e o cuidado em saúde, especialmente os desafios e facilidades no cotidiano do seu trabalho.

O produto da primeira oficina foi a confecção de mapas falantes, em meio físico e através das narrativas, que demonstram o fluxo da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência. Desse modo, foi possível identificar como se dá o percurso da população ribeirinha dentro da rede, e como a atenção básica se articula com os serviços de urgência e emergência para dar conta da continuidade do cuidado em saúde. Após a apresentação dos Mapas e narrativas dos ACS, realizamos uma discussão coletiva das experiências vivenciadas no cotidiano do serviço e da vida comunitária entre os grupos.

A segunda oficina foi a de casos complexos de urgência e emergência onde fizemos uma grande roda, com orientações sobre os objetivos e a dinâmica da oficina, como observado na figura 2. Em seguida, foram divididos em 7 grupos, de acordo com os polos e equipes de referência. Entretanto, apenas dois enfermeiros responsáveis pelas equipes estavam presentes. Os profissionais fizeram a discussão entre eles, com compartilhamento de experiências, depois apresentaram seu relato por grupos, sobre os principais casos complexos e os desafios de levar saúde em condições de urgência e emergência nas comunidades ribeirinhas.

Figura 2. Abertura da Oficina de Casos Complexos, grande roda de acolhida



Fonte: Acervo do LAHPSA, 2020.

Após a discussão cada grupo apresentou um ou dois casos que consideravam complexos, no âmbito da urgência e emergência. Esses casos complexos, são aqueles que os profissionais destacaram como sendo os mais difíceis ou que demandaram mais recursos, seja financeiro ou humano. Destacando os desafios e potencialidades (pontos positivos e negativos) no cuidado em saúde no território ribeirinho.

A discussão dos casos nessa segunda oficina foi muito importante, pois permitiu entender como os profissionais veem a urgência e emergência, se sabem reconhecê-la e como fazem para solucionar problemas de saúde que são de caráter urgente ou emergencial, como pode ser observado na figura 3. Durante a oficina foi possível perceber que alguns agentes de saúde não tiveram interesse em participar ativamente das discussões, especialmente os mais novos. Os ACS com maior tempo de trabalho e atuação no cuidado gostaram bastante da discussão, estavam entusiasmados em participar do debate, bem como em apresentar e compartilhar seus saberes e suas experiências.

Figura 3. Grupo na discussão de casos, Oficina de casos complexos



Fonte: Acervo do LAHP SA, 2020.

Os gestores foram convidados a fazer parte da equipe de pesquisa, de modo que a avaliação fosse feita em conjunto e a análise da micropolítica da gestão conduzida por pesquisador e equipe de pesquisa. Com isso, buscamos também proporcionar uma autoanálise do processo de trabalho dos gestores diante da realidade e da dinâmica de sua atuação com as equipes, as relações produzidas e as negociações entre gestores e

trabalhadores através das oficinas de Mapas falantes e de casos complexos de urgência e emergência.

Pelo fato de os gerentes responsáveis pelas equipes não conhecerem efetivamente a realidade dos ribeirinhos e devido a outra atividade na mesma data da oficina, apenas dois enfermeiros responsáveis pelas equipes participaram da oficina de Mapas e da discussão dos casos de urgência e emergência juntamente com os ACS. Mas esse diálogo possibilitou aos enfermeiros gerentes, perceberem o quanto precisam adentrar nesse universo do território ribeirinho, para conhecer a fundo suas necessidades e desafios para acessar os serviços de saúde e ir em busca do cuidado em saúde ou melhor que o cuidado em saúde esteja mais próximo da realidade deles.

A próxima etapa seria a escrita compartilhada, quando os profissionais do município fariam uma análise crítica da situação de saúde do território e como enxergavam o território e a população atendida; fazendo uma autoavaliação com relação ao território e ao processo de trabalho das equipes ribeirinhas; além de propor estratégias de melhoria, planejando ações voltadas às problemáticas e desafios identificados. Através da escrita poderiam compartilhar suas experiências de vida ribeirinha e como trabalhadores desse território específico.

Essa oficina de escrita possibilitaria promover o que o LAHPSA e outros laboratórios de pesquisa tem desenvolvido com os trabalhadores e moradores de comunidades periféricas ou consideradas vulneráveis. Possibilitando o compartilhamento de saberes, bem como da valorização de seu conhecimento e experiências, permitindo a eles tornar-se mais do que atores, mas autores de sua própria história.

1.3 Mergulhando no campo da pesquisa, implicações, acontecimentos e descobertas

Minha primeira experiência, após formada como enfermeira, deslocando do município de Manacapuru, distante 90 Km da capital por estrada, local que ainda resido, foi entrar no mundo da pesquisa, saindo de um ambiente acadêmico para um lugar que imaginava distante. Ao sair da minha caminhada de formação iniciei uma trajetória para lugares que jamais havia planejado ou imaginado, me deparando com os diferentes contextos e com abordagens metodológicas e convívio como grupo de pesquisa. Esse momento gerou um estranhamento, um choque, mas também uma descoberta de quão evolvente e cativante é o lugar de pesquisa, mas também de poder conhecer o processo do cuidado em saúde no interior da Amazônia.

Um dos primeiros impactos nesse campo da pesquisa foi o fato de ter que viajar de barco durante aproximadamente 20 horas, sendo que o tempo máximo que eu havia passado num barco era de 6 horas. Então, não conseguia imaginar como seria a viagem, o medo, a insegurança até mesmo por não saber nadar tomaram conta dessa pesquisadora. Mas tendo que enfrentar os medos, mergulhei de cabeça na pesquisa de campo, a viagem que parecia não terminar, acabou se tornando um momento de reflexão e de desapego ao material e focando no espiritual e nas belezas que surgiam a cada curva dos rios que passamos. Cabe esclarecer que nessa primeira viagem, fui acompanhada pelo orientador.

A primeira viagem de campo ocorreu em setembro de 2019. Saímos do Porto de Manaus pelo Rio Negro até chegarmos ao Rio Amazonas, por onde navegamos por quase metade da viagem, até chegar no Paraná do Ramos. Depois navegamos pelo Rio Ururiá, até finalmente chegar no Rio Maués-Açu, onde está situada a cidade de Maués.

Na primeira viagem além do medo de não saber como seria viajar tanto tempo de barco, houve um acontecimento que me marcou, foi um acidente de avião que saiu de Manaus para Maués, sendo que piloto e passageiros ficaram gravemente feridos quando a aeronave caiu por conta de um temporal. Nosso plano era retornar com esse mesmo avião. Isso acabou me deixando mais nervosa e ao mesmo tempo ansiosa para voltar para casa, mesmo ainda não tendo saído do porto de Manaus. Esse sentimento de medo e preocupação foi diminuindo durante a viagem, mas só cessou quando chegamos ao Porto de Maués com segurança. A viagem foi tranquila e esperançosa pelo início da pesquisa, já pensando no planejamento das próximas viagens ao município.

Minha implicação nessa pesquisa sobre a gestão dos serviços de saúde, especialmente quando se trata de uma população específica como é o caso da população ribeirinha é sobre a dificuldade de se estabelecer protocolos específicos que facilitem o acesso dessa população. Além disso, apesar de não residir em área ribeirinha, mas o pouco tempo que pude estar em comunidades ribeirinhas do meu município de origem, me mostraram o quão diferente é cada população, cada território, cada lugar.

As formas de se fazer saúde diferem em vários aspectos dependendo de como o profissional se deixa cativar ou mesmo modificar seu modo de ver e de sentir aquele território, aquelas pessoas. O modo como os ACS descrevem seus desafios, enfatizando as potencialidades do seu trabalho e a importância deste para suas vidas e para as pessoas da comunidade nos permite reafirmar como esses profissionais são essenciais para o cuidado em saúde no território ribeirinho.

Estar em campo foi uma experiência única, pois tive a oportunidade de estar em um lugar diferente daquele que vivi e no qual sempre foi meu porto seguro, me permitindo refletir sobre minha própria existência, de como é estranho estar em um lugar distante, diferente. Mas, ao mesmo tempo, pude aprender com as experiências dos ACS e me redescobrir como profissional de saúde, mesmo sendo uma profissional recém-formada com pouca experiência prática e de vida, foi possível entender o limite do meu conhecimento e da minha experiência diante daqueles relatos e narrativas dos trabalhadores ribeirinhos que ali se encontravam nas oficinas.

A inserção no campo foi uma experiência enriquecedora que até despertou um desejo de atuar nesses territórios específicos, com a certeza de que é possível promover saúde, mesmo com as dificuldades do dia a dia. A precariedade dos recursos materiais e humanos ou de saneamento básico não se constitui em barreira para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Pode-se fazer saúde através da população que ali reside, principalmente dos ACS que ali se encontram.

Senti-me motivada a fazer uma experiência em campo em uma das viagens na UBS Fluvial do município o que não foi possível devido a agenda que conflitava com outras atividades acadêmicas e, em seguida, pela Pandemia do Novo Coronavírus, que chegou no Amazonas no início de março de 2020. Mas o desejo continua, pretendo fazer uma experiência e quem sabe atuar em uma das comunidades ribeirinhas do Baixo Solimões, em meu município de origem.

Percebi durante esse percurso como pesquisadora, que há necessidade de se inserir no cotidiano do serviço, para então compreender de fato como se dá esse cuidado em saúde. Bem como, conhecer as atitudes e gestos dos trabalhadores ao atender um usuário de área ribeirinha. O que não foi possível fazer durante os caminhos da pesquisa no que diz respeito à inserção no território, ou melhor em área como dizem os profissionais.

Lamentamos muito não realizar a oficina de escrita com os trabalhadores, agendada para final de março de 2020, que atuam diretamente na área ribeirinha, pois seria uma forma de desenvolver a construção do conhecimento de modo compartilhado. O intuito era promover essa escrita compartilhada para valorizar os saberes e experiências dos profissionais que atuam na ponta, no cotidiano de seu trabalho e de suas próprias vidas na comunidade. Esperamos dar um retorno desse estudo e realizarmos a oficina para que novas informações sejam processadas e produzidas pelos trabalhadores de Maués.

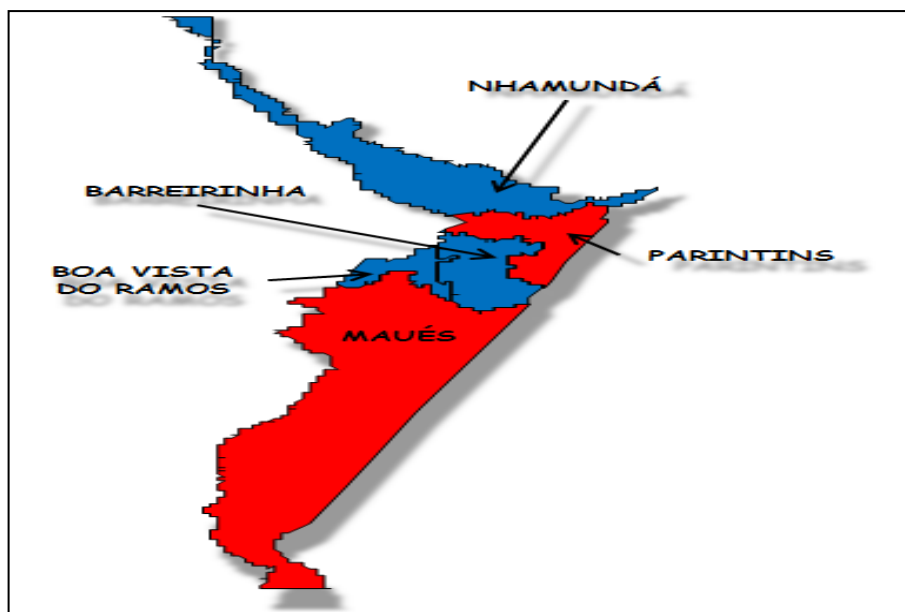
CAPÍTULO 2 – AS REDES DE SAÚDE DE MAUÉS E O DIÁLOGO COM O TERRITÓRIO LÍQUIDO

2.1 Descrevendo o Município de Maués, características sociodemográficas e de saúde

Esse capítulo traz inicialmente uma breve descrição do município de Maués, de acordo com o Relatório Anual de Gestão, o Plano Municipal de Saúde e dados do CNES. Apresenta os desafios e potencialidades do cuidado pela visão dos ACS. Traz também o diálogo e articulação entre as equipes rurais/ribeirinhas. Além da produção de redes vivas no cuidado em saúde e alguns casos de urgência e emergência, conforme relatos dos profissionais que atuam na área ribeirinha.

O município de Maués está situado na região do Baixo Amazonas, que é composta por 5 municípios, conforme destacada na figura a seguir:

Figura 4. Mapa da Região de Saúde do Baixo Amazonas, em destaque município de Maués



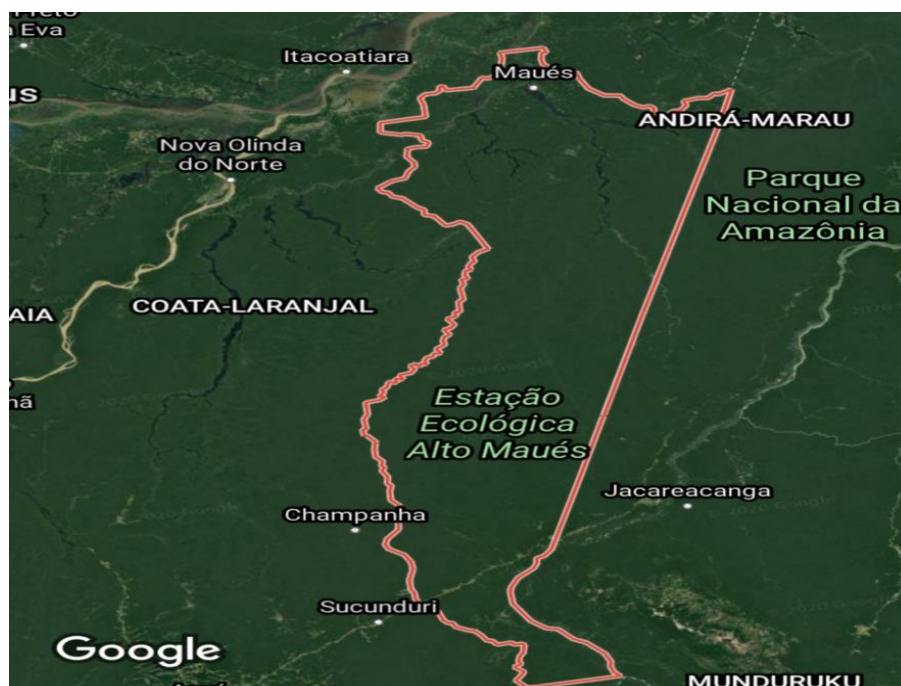
Fonte: Laboratório de História e Políticas Públicas em Saúde na Amazônia – LAHPSA, 2018

O município tem sua origem marcada por conflitos entre os índios das etnias Mundurucu e Sateré-Mawé. Em meio a esse cenário de conflitos deu-se origem ao povoado de Lúsea, sendo elevada à categoria de Vila em 25 de junho de 1833, data da fundação da cidade de Maués (VIEIRA e FIGUEIREDO, 2019). Em 11 de setembro de 1865, através da Lei nº 151, a Vila Maués passou a ser chamada de Vila Conceição, sendo

que por meio da Lei estadual N° 33 de 04 de novembro de 1892, a Vila da Conceição passa a ser denominada apenas com o nome Maués (IBGE, 2020).

A sede municipal é banhada pelo Rio Maués-Açu, estando situada a 250 km da capital do Estado, Manaus, mas isso em linha reta (MAUÉS, 2019). Pois, se for considerado o aspecto de deslocamento, apenas pode ser feito por meio fluvial ou aéreo, no caso se o destino for Manaus. Sendo que, o trajeto fluvial é a principal alternativa de transporte local e intermunicipal, através de barco que dura em média 18 horas, isso dependendo das condições do barco, do clima, tempo e do período sazonal.

Figura 5. Mapa do Município de Maués, limites geográficos



Fonte: Google Maps (2020)

Segundo o IBGE (2016) o município possui uma estimativa populacional de 61.110 habitantes distribuídos entre a sede municipal, com aproximadamente 25.832 e a área ribeirinha com cerca de 26.404 residentes nas 185 (cento e oitenta e cinco) comunidades organizadas em 12 (doze) polos localizados em áreas próximas a rios, lagos e paranás, na Zona Rural (MAUÉS, 2019). Contudo, de acordo com os dados oficiais são um total de 270 entre comunidades e núcleos.

O município de Maués apresenta uma característica importante em relação à discussão do acesso, pois tem uma vasta extensão territorial, porém uma baixa densidade demográfica de apenas 1,31 hab/km². Além disso, sua população é predominantemente

rural, com (50,55%), pode-se dizer ribeirinha, pois vivem em sua maioria nas margens dos rios, lagos, igarapés e paranás¹.

De acordo com dados oficiais, o município possui 20 unidades básicas de saúde cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2020. Dentre estas, 12 são definidas como rurais, 01 como Unidade Básica de Saúde Fluvial e 07 são Unidades Básicas de Saúde urbanas. Quanto aos serviços de urgência e emergência estão todos organizados no Hospital e Pronto Socorro Raimunda Francisca Dinelli, também conhecido como “Dona Mundiquinha”, localizado na sede do município, na Estrada Miri Moraes, bairro Mario Fonseca, MAUÉS/AM.

O município de Maués dispõe de um total de 07 equipes denominadas como Equipe de Saúde Rural, não sendo definidas como ribeirinhas, pois não estão situadas dentro da área ribeirinha, nem atuam diretamente com essa população. Apenas os ACS fazem o acompanhamento da população ribeirinha no seu território. Outros serviços de acompanhamento e atendimento só são realizados quando o usuário ribeirinho vai até a sede do município. Onde são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de referência para seu Polo, ou quando a Unidade Básica de Saúde Fluvial realiza a viagem para as comunidades. Em casos de urgência e emergência a população ribeirinha procura o atendimento no hospital municipal.

As Unidades Básicas de Saúde, situadas na sede do município, são os locais de referência onde atuam as Equipes de Saúde Rural. No nosso estudo chamaremos de equipe de Saúde Rural/Ribeirinha, por considerarmos a população ribeirinha como público-alvo do atendimento. As 07 equipes de Saúde Rural/Ribeirinha e uma equipe de Saúde da Família Fluvial atuam em 06 UBS, como apresentado no quadro 1. Cada equipe é responsável por um ou dois polos, sendo um total de 12 polos, com uma média de 20 comunidades cada, perfazendo um total de 270 comunidades, segundo o Gestor local.

¹ Paranás, trata-se de uma “terminologia amazônica de origem indígena e que significa o braço de um grande rio, formando uma grande ilha” (IBGE, 2010).

Quadro 1. Equipes de Saúde Rural/Ribeirinha, Maués, 2020

| Unidade de Saúde de Referência | Equipes | ACS | Técnico de Enfermagem | Enfermeiro (a) | Médico (a) | Cirurgião (ã) Dentista |
|--------------------------------|---------|-----|-----------------------|----------------|------------|------------------------|
| CS Jorge Almeida de Brito | 0007 | 12 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 0022 | 6 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| CS Aracy Mafra Monteiro | 0008 | 9 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| CS Francisco S. O. Leite | 0009 | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CS Cecília de Oliveira Souza | 0011 | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CS Irmã Verônica Kumagai | 0012 | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CS Santa Tereza | 0024 | 8 | 2 | 1 | 1 | 0 |
| UBS Fluvial | 0026 | 12 | 1 | 1 | 1 | 1 |

CS – Centro de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Município, 2020.

Foi possível identificar com o estudo que as Unidades Básicas de Saúde não dispõem de serviços de urgências básicas e, muitas vezes, não estão preparadas para realizar tal atendimento em áreas ribeirinhas. Isso se deve ao fato de não haver unidade de saúde na área para os atendimentos, as unidades que existem foram desativadas desde março de 2018. Isso se deu pelo fato de não haver uma equipe ribeirinha ou profissional responsável atendendo dentro da unidade devido às condições de infraestrutura e saneamento, como falta de energia elétrica. Como mostra o quadro 2 a seguir:

Quadro 2. Unidades de Saúde Rural/Ribeirinha, Maués, 2019

| Unidade de Saúde | Localização | Data da desativação |
|---|--|---------------------|
| Posto de Saúde São Sebastião | Comunidade São Sebastião, Polo XII | 03/2018 |
| Posto de Saúde Ponta Alegre | Comunidade Ponta Alegre, Polo VI | 03/2018 |
| Posto de Saúde Lourival de Freitas Barros | Comunidade São João, Rio Maués Miri, Polo IV | 04/2018 |
| Posto de Saúde São Pedro | Comunidade São Pedro, Polo V | 03/2018 |

Fonte: Elaborado pela autora com base no CNES (2018), 2020.

Segundo os gestores do município, a desativação se deu devido à falta de infraestrutura e saneamento nas áreas rurais onde se situavam as unidades, não havendo abastecimento de água e energia elétrica para manutenção do posto. Além disso, há dificuldade de adesão dos profissionais e fixação destes na zona rural/ribeirinha. Muitas vezes os municípios de difícil acesso, com pouca infraestrutura e escassez de recursos

para diagnóstico são considerados desfavoráveis para atuação nos serviços de saúde (DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020). Contudo, desde o final do ano de 2019 estavam sendo feitas reformas para reestruturação e reativação das unidades situadas em área ribeirinha.

As unidades que estavam desativadas foram reformadas e reestruturadas conforme havia sido previsto, mas algumas mudaram de nome. Algumas unidades foram construídas na área ribeirinha, pois antes estavam vinculadas ao Centro de Saúde VI e outras foram reformadas, compondo um total de 12 unidades de saúde como apresentado no quadro 3, representando assim o grande ganho para a população. Contudo, apesar dessa importante reestruturação, as unidades ainda não dispõem de uma equipe completa, possuindo apenas um técnico de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde que atuam diretamente na área adscrita de suas respectivas unidades.

Quadro 3. Unidades de Saúde Rural/Ribeirinha construídas e reformadas, Maués, 2020

| Unidade de Saúde | Localização | Data da Ativação |
|---|--|-------------------------|
| Posto de Saúde Mercy Dos Santos | Comunidade Santo Antonio do Mucajá, Rio Parauari, Polo 2 | 10/08/2020* |
| Posto de Saúde Lourival de Freitas Barros | Comunidade São João, Rio Maués Miri, Polo 4 | 09/09/2020 |
| Posto de Saúde Santa Luzia | Comunidade São Pedro, Rio Castanhal de Baixo, Polo 5 | 25/06/2020* |
| Posto de Saúde Raimundo Goes de Miranda | Comunidade Ponta Alegre, Rio Médio Apocuitaua, Polo 6 | 09/09/2020 |
| Posto de Saúde Anilson Prado | Comunidade Bom Jesus, Rio Medio Apocuitaua, Polo 6 | 23/05/2020* |
| Posto de Saúde Sebastiana Nunes | Base Nova Jerusalém, Rio Apocuitaua Médio, Polo 6 | 06/07/2020* |
| Posto de Saúde Sales Pereira da Rocha | Comunidade Liberdade, Rio Alto Apocuitaua, Polo 7 | 23/05/2020* |
| Posto de Saúde Nossa Senhora de Lourdes | Comunidades Nossa Senhora de Lourdes, Rio Curuca, Polo 8 | 23/05/2020* |
| Posto de Saúde Magalhaes Ferreira | Comunidade Ozório da Fonseca, Rio Paracuni, Polo 9 | 23/05/2020* |
| Posto de Saúde Salomão Benchaya | Comunidade São Pedro, Lago Grande Polo 10 | 09/09/2020 |
| Posto de Saúde Santa Clara | Comunidade Santa Clara, Rio Urupadi, Polo 11 | 10/08/2020* |
| Posto de Saúde Satiro Pereira Da Costa | Comunidade São Sebastiao, Rio Apocuitaua Miri, Polo 12 | 09/09/2020 |
| UBS Fluvial | Todos Os Polos | 01/2019* |

Fonte: Elaborado pela autora com base no CNES (2020), 2020.

Os profissionais têm dificuldade em atender às urgências mais básicas, pois não dispõem de equipamentos e recursos materiais e profissionais. No início da pesquisa de campo apenas um Polo possuía um técnico de enfermagem, que com sua experiência também como ACS conseguia atender a população daquela área. Enquanto, as outras contavam apenas com o cuidado dos ACS que fazem o possível para atender as necessidades das comunidades no que está ao seu alcance. Em 2020, todos os polos dispõem de ao menos um técnico de enfermagem na área ribeirinha.

Os profissionais ressaltam a importância de uma UBS na área ribeirinha conforme o relato de um Agente Comunitário de Saúde:

Se tivesse uma unidade lá melhoraria tudo...porque muitas vezes a gente vem de lá de noite, de dia, temporal, chuva, vento e tudo aí a gente chega aqui e fica na beirada porque pra gente voltar às vezes não tem gasolina e a gente fica esperando, às vezes a gente dá o nosso jeito de arrumar o dinheiro pra gasolina, empresta de alguém. (ACS 1)

Eu acho que visitei algumas comunidades que tinham posto de saúde, mas não funcionam, não tá funcionando, seria muito importante que tivesse unidades de saúde nas comunidades onde o médico ou um enfermeiro, se pelo menos a cada 15 dias atendesse a população ou semanalmente dois dias por semana. Assim, montar uma estratégia que o médico tivesse lá, mais perto apesar de que eles têm acesso pra vim pra cá, mas eu acho que tendo na comunidade eles seriam melhor assistidos, porque tem comunidades que são muito distantes. (Médica da Equipe)

Um importante ganho para o município de Maués foi a implantação da UBS Fluvial, em 2019, que busca suprir a necessidade das comunidades ribeirinhas distantes da sede, que dificilmente conseguiriam acesso aos serviços de saúde sem essa unidade. Portanto, a UBS Fluvial é um marco para a saúde dos ribeirinhos nesse acesso à saúde, sendo possível pelas articulações e negociações da gestão com o Ministério da Saúde. A implantação dessas unidades promove uma aproximação das equipes de saúde com os usuários ribeirinhos, pois a UBSF vai até as comunidades favorecendo o acesso e cuidado em saúde (LIMA et al., 2016). Os profissionais afirmam que o acesso da população ribeirinha melhorou com a inserção da UBS Fluvial, como no relato a seguir:

Na parte do interior, o município agora esse ano (2019) começou as viagens na UBS Fluvial onde atende toda a população ribeirinha, inclusive agora em outubro nós fizemos uma viagem de 15 dias que foram atendidas 10 comunidades e assim foi muito proveitoso. E muito importante tanto pra eles, a população ribeirinha, como pra nós médicos. O município de Maués conseguiu tá fazendo todo esse trabalho junto aos ribeirinhos e eles e tá sendo, assim, muito proveitoso porque existem comunidades que nunca teve acesso a um médico, que nunca foi a um médico lá. E a questão também de

medicamentos e o que a gente pode atender de imediato que é uma consulta mais emergencial, ... porque a gente não provém dentro do barco um laboratório (Médica da Equipe).

Observamos que as equipes de saúde têm um conhecimento limitado sobre a área de sua abrangência e da população de referência. Isso pode ser explicado pelo fato de não estarem atuando no território ribeirinho, com exceção dos ACS que vivem e conhecem essa realidade. Esses profissionais são considerados protagonistas do elo entre a comunidade e as equipes de saúde, fortalecendo o vínculo entre ambos (GARCIA *et al.*, 2017). Efetivamente, a existência das equipes nos territórios permite uma aproximação da vida e existência das pessoas, onde a população procura os ACS com frequência, para resolver problemas relacionados a saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Entendemos que a estrutura física é importante, mas é fundamental a discussão sobre os processos de trabalho em área ribeirinha e fluvial.

2.2 A Rede de Urgência e Emergência no município de Maués

O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo constituída por pontos de atenção principais, demonstrados na figura 6.

Figura 6. Principais pontos de atenção da RUE



Fonte: UNA-SUS. Rede de Urgência e Emergência, UFMA, 2018

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências, de acordo com a Portaria do Ministro da Saúde nº 1.600/2011, é constituída por oito componentes, apresentados na figura 7. Contudo, essa Rede, foi pensada e estruturada num âmbito nacional, sem levar em conta as particularidades da área ribeirinha.

Figura 7. Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600/2011.

A Rede de Urgência e Emergência só é reconhecida pelos profissionais como sendo o serviço hospitalar, onde são atendidas as urgências e emergências. Segundo o gestor:

Rede de Urgência funciona aqui numa unidade hospitalar que nós temos que é uma unidade e lá é feita toda a parte de atendimento de urgência e emergência do município, da população que chega pra esse atendimento é só nesse serviço que não nós temos de urgência e emergência. (GESTOR 1)

O planejamento das Redes de Atenção à Saúde no Amazonas teve início em 2009, com a elaboração do Plano Microrregional de Saúde para o quadriênio 2010-2013 realizado no município de Tabatinga. Esse planejamento se seguiu em 2011 priorizando a Região Metropolitana Ampliada e do Alto Solimões. Inicialmente foram elaborados dois planos o Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência e o da Rede Cegonha

(RC). Enquanto as demais redes foram iniciadas no estado após publicação da Portaria, pelo Ministério da Saúde (AMAZONAS, 2016).

As principais iniciativas da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SUSAM) em ampliar as redes de saúde estaduais foram colocadas em prática com a implantação da Rede de Atenção às Urgências, investimentos na cobertura da Atenção Básica (AB) e estratégias de vinculação entre os serviços essenciais para a implementação da Rede de Saúde Materno Infantil/Rede Cegonha no estado (AMAZONAS, 2016).

A Atenção Básica tem em um de seus dispositivos de atenção à saúde, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) que é composta por uma equipe multiprofissional com no mínimo: um médico generalista ou especialista em Saúde da Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família e Comunidade; um auxiliar ou técnico de enfermagem; podendo contar ainda com: um cirurgião dentista; um técnico ou auxiliar em saúde bucal; até 24 Agentes Comunitários de Saúde e, até 12 Microscopistas em regiões endêmicas (BRASIL, 2014). Entretanto, no município desse estudo, não há ESFR, as equipes que atuam na área ribeirinha são cadastradas como ESF e são denominadas pelos profissionais como equipes rurais. Existe apenas uma ESF Fluvial, que é responsável pelas viagens na UBS Fluvial, mas em períodos de seca ou mesmo quando não estão agendadas viagens, eles ficam atendendo em Unidades Básicas de Saúde situadas na sede do município.

No município de Maués a RUE não funciona como está estabelecido na Portaria do Ministério da Saúde, mas os serviços de urgência e emergência funcionam. Sendo organizados no Hospital e Pronto Socorro da cidade que possui capacidade instalada para 90 leitos, distribuídos da seguinte forma: Cirurgia Geral: 15, Clínica Médica: 34, Clínica Pediátrica: 15, Obstetrícia Clínica: 16, Obstetrícia Cirúrgica: 10 (SEMSA/MAUÉS, 2019).

Os serviços de urgência e emergência geralmente possuem maior densidade tecnológica, fazendo uso das tecnologias duras, tais como, protocolos, normas e equipamentos tecnológicos. Tem como foco os procedimentos realizados, considerando o modelo biomédico e hospitalocêntrico, e acabam enfatizando a fragmentação do cuidado. Mas, apesar de haver apenas um hospital com PS e não existir UPA no município, os ACS que atuam na área ribeirinha realizam os primeiros cuidados nos casos de urgência e emergência. Eles fazem os resgates dos usuários, quando possível estabilizam o paciente e levam até ao hospital na cidade.

2.3 O território ribeirinho de Maués, desafios e potencialidades no cuidado em saúde

O território das águas foi denominado por Schweickardt *et al.*, (2016) *território líquido*, como um espaço mediado e influenciado pelas águas, criando modos de vida e existências da população ribeirinha. O território líquido tem uma relação direta com as formas de acesso aos serviços de saúde, especialmente nas situações de urgência e emergência. O “território líquido compreende o território vivo das relações entre pessoas e a geografia regional”, assim “as políticas públicas devem ultrapassar o espaço geográfico para o território do cuidado” (HEUFEMANN *et al.*, 2016, p. 106). Portanto, trata-se de pensar no território existencial das pessoas que vivem em ambientes ribeirinhos e que necessitam de cuidado em saúde.

Território líquido, segundo Lima *et al.*, (2016, p. 289), “não é apenas geográfico, mas é também o conjunto das relações simbólicas do povo que vive em um espaço determinado e que mantém suas tradições culturais em um lugar específico”. Podemos entender esse território como aquele que é influenciado pelo ciclo das águas, o território ribeirinho em regiões de várzea. Segundo Schweickardt *et al.*, (2016), esse território está intimamente relacionado com os ciclos das águas, que são marcadores importantes para a vida da população ribeirinha que organiza a sua vida em torno dessas mudanças cíclicas e permanentes.

A categoria território líquido foi discutida pela primeira vez em estudo sobre a Atenção Básica na Amazônia, discutindo os modos de vida e a relação com as políticas públicas na Amazônia:

(...) é importante destacar que na Amazônia o território enquanto área sob determinada jurisdição só é possível ser pensado a partir das malhas e comunicações por meio dos rios, que por sua vez não são como estradas, mas secam ou enchem, seguem ritmos da natureza para além dos homens, que devem também se adaptar (Schweickardt *et al.*, 2016, p. 116).

(...) o território é um condicionante importante para o sistema de saúde apropriado para a Amazônia. Os serviços de saúde são sempre pensados, pela política e pelos gestores, em termos de territórios fixos; mas, para responder às necessidades e os problemas de saúde na Amazônia, é necessária uma densidade e materialidade que é móvel, que segue o fluxo dos rios. Não podemos esquecer que as malhas e os caminhos são de águas e de pessoas, que se modificam com o ciclo das águas, entre a cheia e a seca, moldando o acesso móvel e os próprios profissionais de saúde nestes territórios (Schweickardt *et al.*, 2016, p. 127).

O território líquido para os Agentes Comunitários de Saúde se refere ao lugar onde vivem e atuam no cuidado em saúde da população das comunidades ribeirinhas, esse território se refere também ao espaço de trocas de experiências, construção de relação comunitária entre as pessoas e famílias que ali residem, afinal é o seu lugar também, onde eles se reconhecem como ribeirinhos. É o lugar onde eles sabem que podem contar com apoio nos momentos difíceis, seja relacionado à saúde ou não, e que apesar das dificuldades sabem aproveitar os bons momentos e a partilha solidária.

Milton Santos (1988) define o território como sendo um espaço tecno-geográfico. O território, segundo Santos, é formado por elementos fixos e fluxos. O fixo no território são as unidades e equipamentos de saúde, como por exemplo a adscrição de uma área de abrangência territorial. Esses fixos têm suas características técnicas e organizacionais que não reflete a dinâmica social e política de um grupo. Por outro lado, os fluxos se referem aos movimentos e às conexões dos usuários dentro da rede, ou seja, os serviços de saúde são os fixos que estão intrinsecamente ligados aos fluxos dos usuários do sistema, estão interagindo mutuamente (SANTOS, 1988).

Os fixos estão presentes nas representações gráficas dos mapas dos ACS, como as igrejas, as escolas, as unidades de saúde e o próprio lago ou igarapé que cortam as comunidades (MEDEIROS, 2020). Esses últimos são fixos, mas expressam os fluxos dos ribeirinhos, no andar de sua vida, no movimento de ir e vir, nas relações estabelecidas com o outro, nas experiências de vida e nos relatos apresentados com os mapas.

O território vivo é movediço e vai se produzindo com a vida e com as relações que se estabelecem o tempo todo. É aquele onde a vida acontece de forma concreta no cotidiano, em que as relações acontecem e são estabelecidas nesse espaço concreto que dão sentido à vida existencial de cada pessoa. É também esse lugar que permite entender as organizações sociais e de saúde da comunidade local (MONKEY; GONDIM, 2016)

Esse território líquido é o que aproxima o cuidado em saúde da vida cotidiana da população ribeirinha, através das visitas da equipe de saúde aos ribeirinhos. Das viagens da UBS Fluvial até as comunidades ou mesmo das visitas mensais que os ACS realizam a cada família de sua área de abrangência. Ademais, esse território também marca a insuficiência de embasamento para formulação das políticas públicas, diante das especificidades locais e regionais.

Os Agentes Comunitários de Saúde veem o território como um facilitador ou como um desafio a ser superado no dia a dia, especialmente no que diz respeito ao ciclo

das águas. Alguns relatam a dificuldade que é enfrentar a seca e ter que caminhar quilômetros para fazer as visitas às famílias mais distantes.

Eu trabalho num território que eu fico preso a maioria do ano, ando quatro mês de canoa e o resto do ano a pé. A gente num tem condução terrestre, aí é pernada, são uma hora, uma hora e meia, mas de uma hora e meia às vezes. (ACS 6 na Oficina de Casos de RUE)

No período da seca formam-se estradas de terra na qual os ACS precisam caminhar por horas para fazer suas visitas domiciliares. Já na cheia eles falam que é um facilitador pelos furos que surgem e que eles já conhecem pelo tempo de experiência na profissão. Muitos ACS da área ribeirinha trabalham nessa área há vários anos e conhecem bem seu território, bem como os desafios e potencialidades identificadas e vivenciadas no seu trabalho cotidiano. Esses furos facilitam o deslocamento tanto do trabalhador quanto do usuário, pois é através deles que os rios aproximam as pessoas, as comunidades tornam-se mais próximas com relação ao tempo de deslocamento (SANTOS, 2020).

Quando é tempo de cheia é uma maravilha, tem os furos, aí a gente vai, chega lá aonde a gente quer, quando tá seco a gente chega sim, mas é difícil, pra mim que moro na cabeceira do rio é difícil chegar no último morador, mesmo a pé é muito longe e fica difícil pra chegar às vezes eu já não vou mais lá na seca. (ACS 3 da Oficina de Mapas falantes)

Por fim, Schweickardt *et al.*, (2016, p. 116) entende que o território líquido seja apenas uma metáfora para se referir ao território amazônico, mas é uma “categoria que contribui para análise das políticas públicas”. É por meio desse território que a população produz diferentes redes que se constituem nos encontros. Essas se referem às redes vivas que vão além daquelas instituídas e estão ligadas à dimensão micropolítica do cuidado (MERHY, 2014). O território líquido pode ser pensado como o conjunto de relações que caracterizam a vida e a saúde das populações da área ribeirinha. Segundo Ferla *et al.*, (2015) o território não se restringe a um espaço geográfico, mas é constituído por pessoas e instituições e que é permeado pela diversidade práticas e relações que se estabelecem no âmbito dos serviços, superando a centralidade da doença no trabalho em saúde, girando em torno dos territórios existenciais das pessoas que buscam os serviços.

2.4 Tipos de transporte utilizados pela população ribeirinha

As principais embarcações utilizadas pela população ribeirinha para o acesso aos serviços de saúde no município de Maués, assim como em diversos outros municípios da região amazônica, são: rabeta, recreios, lanchas, barcos etc. Dentre esses tipos de embarcações, as mais utilizadas pela população ribeirinha, de acordo com os profissionais, são a rabeta e os barcos chamados recreio, especialmente os que não tem boas condições financeiras. Aqueles que não dispõem de uma rabeta, precisam aguardar o recreio passar em sua comunidade, sendo que não passam diariamente, em algumas comunidades, eles passam apenas duas vezes na semana, dependendo da distância entre a comunidade e a cidade.

Os principais tipos de transporte utilizados pela equipe de saúde são, a própria Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), as lanchas para transportar a equipe da unidade fluvial até a comunidade onde são realizados os atendimentos e visitas domiciliares aos pacientes. Além das ambulanchas utilizadas pelo técnico de enfermagem e pelo Agente Comunitário de Saúde para o transporte de pacientes em casos de urgência e emergência da comunidade até o hospital, situado na sede municipal.

As ambulanchas são embarcações equipadas com materiais de primeiros socorros, de suporte básico de vida, semelhantes aos utilizados em uma ambulância, daí sua denominação. Embora, não possuam equipamentos de suporte avançado, conseguem auxiliar e até mesmo salvar a vida de pacientes da área ribeirinha. Sendo que um importante ganho para essa população foi a aquisição de mais ambulanchas para todas as comunidades que atuam como Polo de referência para as demais, no primeiro semestre de 2020, através da articulação da gestão municipal.

O transporte hidroviário na região amazônica tem um papel fundamental na vida da população, bem como para o comércio regional e local (MORGADO et al., 2013). Sendo que, em geral o transporte é predominantemente fluvial, devido às suas características geográficas e hidrológicas, com rios, lagos, paranás, igarapés, que compõem grande parte da região.

Barco de grande porte: em geral são de ferro, mas podem ser compostos por madeira, aço e alumínio, possuem de 3 a 4 andares e comportam em média 300 passageiros (MOURA e FROTA, 2016). Fazem o transporte de pessoas e de carga, de Manaus para Maués e de Maués para Manaus, fazendo uma parada apenas no município de Itacoatiara. Esses barcos de grande porte utilizados no município são geralmente:

Layde Cristina e Comandante Jackson e os barcos da empresa PP Maués. Fazem esse percurso todos os dias da semana, intercalando entre uma empresa e outra

Os pacientes de urgência ou que vão fazer tratamento ambulatorial em Manaus, geralmente utilizam esse meio de transporte, seguindo viagem na rede ou em camarotes pagos pela Secretaria Municipal de Saúde, dependendo das condições clínicas de cada paciente.

Ajato: São chamadas de lanchas de grande porte, pois comportam uma maior quantidade de pessoas, com uma de média 150 passageiros, e pela potência do motor que é geralmente acima de 400hp (QUEIROZ, 2019; MEDEIROS, 2020). As lanchas Ajato para transporte de passageiros fazem o percurso apenas dois dias na semana (terça e sexta), sendo que o trajeto é feito apenas até Itacoatiara e de lá seguem de táxi ou de ônibus até Manaus. E o retorno saindo da Rodoviária de Manaus até Itacoatiara, e de lá seguindo de lancha para Maués.

Segundo Medeiros (2020) esse tipo de lancha tem sido utilizado atualmente nos casos de urgência e emergência em Tefe/AM, para transportar pacientes até a capital do estado. Entretanto, em Maués não é viável o uso desse tipo de transporte, pois o município fica distante das principais calhas de rio para o deslocamento. Assim, o encaminhamento de pacientes para Manaus, em casos complexos de urgência e emergência em Maués é feito de avião fretado pela Secretaria Municipal de Saúde, devido a essas questões geográficas.

Lancha de pequeno porte: geralmente utilizada pela equipe para fazer visitas às comunidades ribeirinhas de Maués e para dar apoio aos Agentes Comunitários de Saúde ou fazer resgate em casos de urgência e emergência em área ribeirinha. Alguns poucos ribeirinhos com maior poder aquisitivo possuem esse meio de transporte, geralmente os comerciantes. Elas têm potência de 40 hp e 90 hp em geral e comporta em média 10 passageiros.

Rabeta: é o mais utilizado pelos moradores de Maués, sendo um motor de polpa de baixa potência (5Hp), acoplado a uma canoa de pequeno porte, contendo uma quilha na parte traseira que auxilia no movimento e direção da canoa (SITUBA, SANTANA, 2017; MEDEIROS, 2020). A rabeta por ser um motor que exige pouco combustível é mais econômico para a população. No entanto, o tempo para o deslocamento aumenta por isso longas distâncias significam até dias de viagem.

Os transportes fluviais utilizados em área ribeirinha dependem das condições financeiras de cada família ou da organização das comunidades, pois algumas

Associações compram um motor de maior potência para o uso coletivo. Os Agentes Comunitários de Saúde, de modo geral, utilizam a rabetá para as visitas domiciliares e para o deslocamento para a sede do município. Quando a comunidade possui uma ambulância, que tem um motor de maior potência (de 40 a 90 Hp), o deslocamento fica mais rápido.

2.5 Diálogo entre as equipes rurais/ribeirinhas e os Agentes Comunitários de Saúde

A equipe de Saúde Rural, como é denominada pela gestão, é responsável principalmente por atender a população ribeirinha, sendo composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de 6 a 12 ACS, dependendo da extensão territorial que a equipe abrange e o número de comunidades.

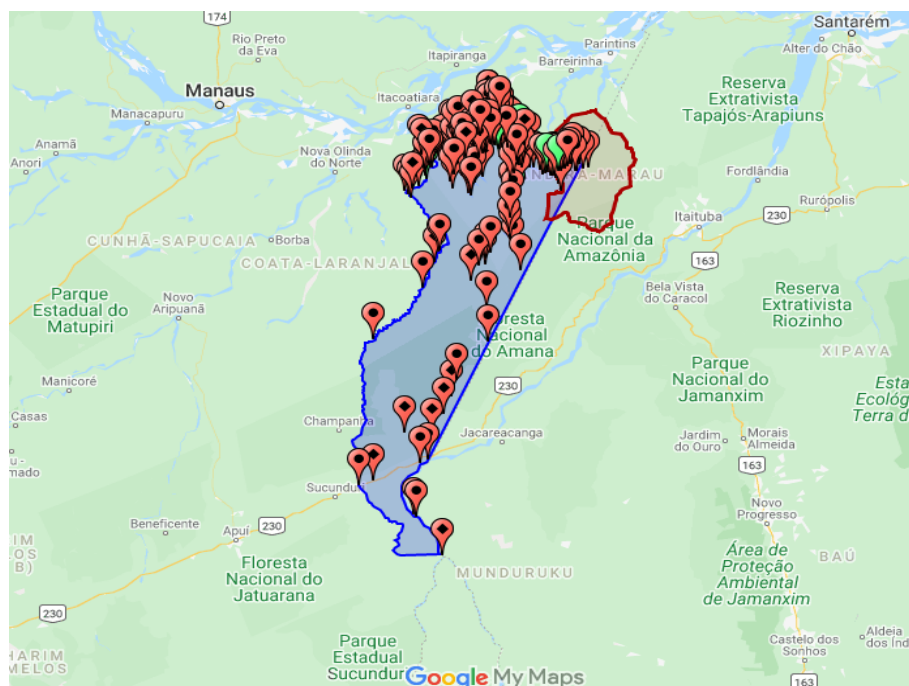
O diálogo entre as equipes rurais e seus respectivos Agentes Comunitários de Saúde se dá através dos encontros mensais de entrega da produção na sede do município. Nesse período são realizadas reuniões entre a coordenação da Atenção Básica os responsáveis pelas equipes e os ACS de cada equipe. Durante esses encontros são discutidos temas relevantes para a equipe como por exemplo, problemas identificados pelos ACS na comunidade. Além disso, são apresentados os desafios enfrentados no cotidiano do trabalho, orientações e atualizações, que se constituem em importante ferramenta de diálogo e formação continuada, conforme relato da coordenadora da Atenção Básica:

Mensalmente os ACS vem até a sede do município, eles fazem a reunião e aí eles trazem a demanda que são mais frequentes lá, o que mais acomete a população naquele período principalmente em relação a seca e cheia dos rios, onde a maioria das vezes a população ela sofre com o caso de diarreia, vômito, febre, gripe e aí eles trazem essa demanda e a gente sabe como eles realmente tão precisando. Eu como coordenadora reúno com eles, damos informações, às vezes temos essa comunicação com outras secretarias, assistentes sociais que também é importante e nós fazemos palestras, assim numa linguagem que eles possam compreender e aplicar (Coordenadora da Atenção Básica).

A comunicação entre a coordenação da Atenção Básica e os profissionais que atuam na área ribeirinha, constitui-se como potência para educação permanente no município. No sentido de compreender os desafios enfrentados por esses profissionais e pensar estratégias que viabilizem o acesso e facilitem o processo de trabalho dos ACS no território ribeirinho.

Os encontros entre ACS e coordenação da Atenção Básica, e com a gestão de saúde municipal se dá em outros momentos, especialmente quando há casos de urgência e emergência nos quais há necessidade de apoio para o combustível ou mesmo para acompanhamento dos usuários em casos mais graves. A gestão consegue dar o suporte principalmente nesses casos. O desafio é com relação ao transporte sanitário dentro do município, pois existem comunidades que não tem acesso à lancha disponibilizada pela secretaria e utilizam o principal meio de transporte que é a “rabeta” para realizar o transporte de pacientes até ao hospital municipal, sendo que muitas delas são muito distantes da sede como observado na figura .

Figura 8. Localização das comunidades ribeirinhas e da área indígena, Maués, 2020



Fonte: Google Maps. Mapeamento do Projeto Fronteiras, 2015.

No mapa acima é possível observar a distância entre as comunidades ribeirinhas da sede do município, percebe-se também o grande número de comunidades que compõem a vasta extensão territorial de Maués. Assim, fazer saúde nesse território depende não só de uma boa gestão dos recursos materiais, mas principalmente de recursos humanos. Nesse caso lembramos da importância das equipes de saúde ribeirinha, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam diretamente com essa população.

As equipes de saúde ribeirinha em seu cotidiano atuam de diferentes maneiras de acordo com suas concepções e experiências, seu modo de fazer saúde é diferenciado conforme sua abertura ou distanciamento para o diálogo entre os saberes (LIMA *et al.*, 2016). Atuar em uma realidade ribeirinha implica construir novos modelos assistenciais que sejam efetivos para a produção do cuidado em saúde às populações que vivem em território ribeirinho. Pois seu modo de vida é singular e suas experiências e saberes devem ser levados em consideração no cotidiano dos serviços, sejam eles na atenção básica ou especializada (SCHWEICKARDT *et al.*, 2016).

Percebe-se o desafio na vinculação dos usuários de comunidades ribeirinhas mais distantes às equipes responsáveis pela área. Isso se deve ao fato de apenas ter o Agente Comunitário de Saúde, sem um suporte local para o acompanhamento das necessidades dessa população. No que diz respeito aos casos de urgência e emergência, esse profissional acaba assumindo a missão de socorrista para ajudar e salvar a vida de pacientes.

2.6 O Agente Comunitário de Saúde e a produção de redes vivas no cuidado em saúde

Apesar de não haver instituído os serviços básicos de urgência nas áreas ribeirinhas, como preconizado na Portaria, os ACS realizam o cuidado em saúde em casos das urgências mais básicas. Sendo que quando é necessário nos casos de emergência sempre buscam um modo de levar o paciente até o hospital do município para o atendimento. Mas, antes, procuram estabilizar o paciente com os conhecimentos básicos de primeiros socorros que têm e que pode salvar vidas. Assim, segundo Santos (2020, p. 58) “a presença dos ACS na comunidade aproxima um ponto da rede formal de saúde no território” e, essa rede formal pode ser transformada em rede viva a partir das relações do usuário e do profissional com a comunidade local.

As principais redes vivas demonstradas e relatadas pelos ACS no estudo, geralmente são constituídas por seus próprios familiares e alguns comunitários. Essas pessoas que formam a rede viva do trabalhador e do usuário estão dispostas a ajudar nos momentos em que surge alguma urgência ou emergência na área ribeirinha. Muitas vezes pode ser o filho, o marido, o coordenador comunitário, parteiras, rezadores ou mesmo outro agente comunitário que vive próximo.

Os ACS são vistos como socorristas pela comunidade, pois prestam socorro e fazem o possível para levar o cuidado em saúde às famílias acompanhadas. Mesmo diante dos desafios e barreiras que surgem, especialmente no período da seca, os ACS procuram uma alternativa para levar o paciente até a sede do município quando necessário.

No estudo foi possível identificar muitos desafios na produção de saúde no território ribeirinho, como também as potencialidades das redes vivas no cuidado em saúde, por meio dos agentes comunitários de saúde e seus familiares e da comunidade local. Como nos relatos de alguns ACS:

Eu também tenho apoio do meu marido, que me leva, como eu fiz uma cirurgia eu não posso tá puxando rabeta, ele que me leva pra lá, pra fazer visita (ACS 2).

Eu levo meu filho, quando o companheiro não pode acompanhar naquele momento. Então a gente vai e leva o filho pra ajudar a gente (ACS 3).

São muitas comunidades acompanhadas pelos ACS, sendo que a distância das comunidades até a sede do município é muito extensa para atender às urgências e emergências da área ribeirinha. E, quando os usuários vão para as cidades, conseguem ser atendidos pelo hospital do município que é o único local que dispõe desse serviço. Quando necessário, o paciente é encaminhado para a Capital do estado, mas de acordo com o gestor “à noite não dá pra transferir pra Manaus por conta da luminosidade”. (G1). Não há iluminação no pequeno aeroporto do município, por isso não há como os aviões pousarem no período da noite. Desse modo, o hospital local necessita estabilizar o paciente até que possa ser conduzido pela UTI aérea do Estado ou pelo frete aéreo do município.

Em emergências, os usuários oriundos das áreas ribeirinhas geralmente são acompanhados por um ACS, e nos casos de urgência são acompanhados muitas vezes apenas pelos familiares. Esse cuidado compartilhado, que ultrapassa a abordagem institucionalizada, nos apresenta uma discussão sobre a produção de *redes vivas*. Essas redes devem ser pensadas como potência para a produção do cuidado. Segundo Franco (2015, p. 262), as redes são formadas quando os trabalhadores estabelecem conexões e se responsabilizam pelo cuidado, formando “fluxos, linhas de cuidado, novos mapas redesenhando as redes”. Muitas vezes a rede viva se faz presente com as parteiras ribeirinhas, que em alguns casos, também são Agentes Comunitários de Saúde.

Tem as parteiras, nos casos de uma emergência, se caso a pessoa ali, às vezes espera o mês e não nasce, aí é rápido já vai tendo, aí a gente ajuda (ACS 4).

Elas ajudam no momento do trabalho de parto em casos simples ou pedem ao ACS que a gestante seja encaminhada até a sede do município para ser atendida, quando percebem que são casos mais complexos. Desse modo, percebe-se que o “lugar do cuidado envolve uma tecnologia leve, que coloca em ação as relações de afetividade e de troca de saberes” (SCWEICKARDT *et al.*, 2020, p. 13).

As redes vivas, segundo Merhy (2014, 2016), são aquelas que são produzidas no cotidiano dos serviços através do *encontro* entre profissionais e usuários. Assim, a micropolítica do trabalho em saúde se torna visível e se materializa nesse encontro (FRANCO, 2006). E, apesar de existirem gestores e profissionais que se prendem a protocolos institucionalizados, há necessidade de se pensar na inovação e adequação dos modelos assistenciais para a realidade local, especialmente da população ribeirinha.

O cuidado compartilhado depende do acolhimento, respeito e compartilhamento de saberes e fazeres entre trabalhadores, usuários e pesquisadores. Além disso, necessita do mútuo reconhecimento do saber científico com o saber da experimentação da vida, da participação do usuário e do comprometimento e corresponsabilização do cuidado entre equipe e redes de atenção (FERREIRA e COSTA, 2017).

O território líquido torna ainda mais visível a relevância dos encontros, das tecnologias leves, que se realizam em cada encontro como trabalho vivo. Paradoxalmente, é nesses lugares que a reflexão sistemática sobre o fazer se faz ausente e a prescrição de trabalho, com “informes objetivos” e objetivados por um saber estrangeiro, têm expressão na organização das equipes.

2.7 A urgência e emergência na área ribeirinha: “uma furada, um tiro, uma picada de cobra, uma mulher pra parir sem poder parir”

Na área ribeirinha os Agentes Comunitários de Saúde são os principais responsáveis pelo cuidado em saúde no território, tendo em vista que eles estão mais próximos da comunidade. Isso se deve ao fato de que ele também é ribeirinho, residente na comunidade, e assim, exerce sua função muito mais que cuidador, mas como um multifuncional, pois está pronto a ajudar o usuário e sua família, fazendo sempre o que está ao seu alcance e às vezes vão além. Por sua experiência de vida e como profissional

da saúde eles conseguem resolver muitos problemas e superar muitos desafios, contando com o apoio e colaboração da comunidade e da gestão municipal.

Os Agentes Comunitários de Saúde mais experientes tem muitos relatos de casos complexos de urgência e emergência na área ribeirinha, assim apresentamos algumas falas desses profissionais que narram tais acontecimentos.

Eu vou contar aqui uma história...lá no Ozório da Fonseca (POSTO DE SAÚDE DESATIVADO), lá na comunidade São Pedro. A tardezinha a mãe tinha o costume de botar os filhos dentro de uma caixa debaixo de uma mangueira, aí ela se intertia, varria o quintal...quando foi um dia da mangueira caiu uma surucucu dentro da caixa e a criança brincando, a cobra começou a morder, mordeu todinho aí quando a mãe viu, o menino jogou ela da caixa, na hora ela viu que saiu no meio do mato e foi em bora, ela percebeu que o filho dela tava todo roxo de mordida de cobra. Levaram para o posto do Ozório da Fonseca...faz alguns anos, levaram eles pra lá, o menino estava agonizando, aí como a gente já tinha o soro, aí eu fez o soro antiofídico, sem saber a qualidade (TIPO) da cobra porque a mãe não sabia nem explicar qual era o tipo da cobra...então nós ligamos pra cá, pra sede...aí foi um senhor que foi daqui numa 40 (motor) e chegou lá era uma meia noite, lá a gente embarcou e viemos em bora aí chega em frente outra comunidade e acabou nossa gasolina, aí a gente encostou e comprou gasolina...a criança já estava bem afetada, quando chegou no hospital foi tratada e de manhã encaminhada pra Manaus de avião...chegou lá fez hemodiálise e hoje está bem graças a Deus, mas se não tivesse feito logo o Soro e a medicação pra conter, eu nem sei...isso é uma experiência de vida, como tantas outras. Então isso é muito importante a parceria de todo mundo, precisamos de cada um. (ACS 5)

Segundo Kadri e Schweickardt (2016, p. 222) existem profissionais que “estão em exercício permanente de adequação de suas práticas do cotidiano” em relação aos protocolos das políticas nacionais. Portanto, é essencial que eles articulem as ações de saúde, seja na gestão dos serviços ou mesmo na produção do cuidado em seu cotidiano, como nos relatos de casos complexos de urgência e emergência em área ribeirinha.

O fato de não haver uma unidade de saúde equipada com os recursos necessários, para atendimento de urgências e emergências em área ribeirinha, poderia dificultar ainda mais o acesso e cuidado em saúde. Na época do ocorrido a Unidade estava funcionando com apenas um profissional técnico de enfermagem, tendo passado um período de quase dois anos desativada, sendo reativada e equipada a partir de maio de 2020. Assim, percebe-se a importância do cuidado em saúde no território, com profissionais experientes, dispendo de equipamentos de suporte básico de vida para realizar os primeiros atendimentos aos ribeirinhos.

Relato de um Agente Comunitário de Saúde, um caso que ele definiu como sendo considerado urgência e emergência:

Vou contar uma história que aconteceu no meu território, estava no Natal na minha comunidade e lá é tudo por terra. Quando foi 11 horas da noite apareceu um homem que era doente de próstata, aí já tinha vários dias com os sintomas, apareceu na comunidade doente com prisão de ventre. Quando a gente foi descobrir ele já estava com a pente (região pélvica) inchada, já estava desmaiando pra cá e pra lá. Aí nessa época eu não tinha rabeta, eu fazia minhas visitas remando, aí tinha um amigo que tinha um rabeta, estava preocupado, mas aí convidei os parceiros, 6 pessoas tiremos uns paus e atemo a rede e carreguemo, são 1 hora e...quase duas horas de ombro; Trouxemos pro Paraná, conduzimo uma canoa pela estrada, quando foi 9 horas da manhã cheguei aqui em Maués, passei das 11 horas da noite até 9 horas da manhã com aquele homem, mas eu consegui. Chegemos, coloquei ele no hospital e ele foi atendido e eu liberei ele. Esse pra mim foi um caso de urgência e emergência (ACS 1 na OFICINA CASOS DE RUE).

Os casos de urgência e emergência permeiam a vida dos ribeirinhos, fazendo parte da sua memória. Muitas das histórias apresentadas nos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde refletem como é feita a urgência e emergência, ultrapassando o instituído nos protocolos dos serviços de saúde. Assim, a urgência e emergência é entendida de diversas maneiras, dependendo do lugar de fala e das experiências de cada um, seja um gestor, profissional ou mesmo do usuário. Em geral, os ACS entendem a diferença entre casos de urgência e casos de emergência, como apresentado pelo relato a seguir:

Pra mim o que eu entendo que são os casos de urgência são por exemplo uma picada de cobra, uma ferrada de escorpião, ... Então esses são os casos de urgência. O caso de emergência são o de uma pessoa que levou uma facada no tórax que ele tá coisa e que tem correr ali pra socorrer essa vida, o que eu entendo assim, porque ali o cabra já tá abrindo a boca então tem que correr mais rápido. (ACS 5 Oficina de Casos de RUE)

Emergência são os casos de que acontecem de imediato, então você não pode esperar tem que agir de qualquer maneira ou trazer...a melhor...a solução é trazer, então um caso como uma furada, um tiro, uma picada de cobra, uma mulher pra parir sem poder parir. Então esses casos eu acho na minha ideia, no meu pensar esses casos são os casos que a gente pode agir na emergência, não podemos esperar por ninguém senão por Deus e a gente e às vezes os colegas que podem socorrer a gente lá no nosso território (ACS 3 Oficina de Casos de RUE).

Lá na UBS Fluvial é disponibilizado esse trabalho, tipo em relação a sutura, drenagem, assim, as coisas mais básicas, a gente conseguia fazer porque a gente vai com todo material, no barco e agora aqui...aqui teria que ser mesmo montar uma sala, com material de primeiros socorros, procedimentos seria o caso (Médica da Equipe).

Os Agentes Comunitários de Saúde têm um entendimento que é próprio de sua vivência e experiência profissional, que vai além do que está descrito nas normas, mas que simbolizam e expressam de fato a realidade local e o significado do que para eles é urgência e emergência.

Segundo o relato dos profissionais, a maioria dos casos de urgência e emergência estão relacionados às questões obstétricas. Devido à distância, algumas gestantes não fazem o pré-natal completo, não realizam todas as consultas e não conseguem prevenir complicações que pode surgir durante o trabalho de parto. Pelo fato de residirem no interior, as mulheres geralmente ficam em suas casas e quando iniciam o trabalho de parto seguem logo para a cidade ou se preferem ter o bebê em casa, acionam o ACS responsável ou alguma parteira da comunidade, que assiste parto. Entretanto, em caso de problemas no parto as gestantes são conduzidas ao hospital do município.

As parteiras em comunidades ribeirinhas, além dos Agentes Comunitários de Saúde, acabam sendo o único recurso para realização do parto nas áreas de difícil acesso. As parteiras tradicionais trazem uma outra lógica para o cuidado, que é realizado nas casas e no território de conhecimento e de vida que são os mesmos das gestantes. Assim como os ACS elas tem o respeito e reconhecimento da comunidade, que foram alcançados através da experiência e do conhecimento construído ao longo do tempo com suas práticas de partejar. As pessoas da comunidade e as parteiras têm uma convicção de que suas práticas são como um dom de Deus e, portanto, tem em suas mãos uma grande responsabilidade (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

Segundo Arias *et al.*, (2020), o trabalho das parteiras nas comunidades rurais/ribeirinhas no município de Alvarães é muito valorizado e respeitado. Entretanto, na cidade isso não ocorre porque há o preconceito e a desvalorização do trabalho das parteiras pelos profissionais de saúde. Os cursos de capacitação e os encontros, que envolveram tanto as parteiras como os profissionais e gestores, permitiram a inclusão das parteiras no hospital do município, ampliando o cuidado para o parto humanizado (ARIAS *et al.*, 2020).

A maioria dos casos de urgência e emergência, relatados pelos Agente Comunitários de Saúde, está relacionada ao parto e puerpério. Isso é confirmado pelos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). De acordo com a base de dados local, o número de partos hospitalares, em 2019, foi de 1510 e os de partos domiciliares foi de 24. Apesar dos dados do SIH apresentarem os dados gerais de parto e não somente de urgência e emergência, os relatos sobre o transporte de gestantes por situações de risco no parto estão presentes nas narrativas dos ACS. Chama a atenção o registro do baixo número de partos domiciliares, podendo ter uma subnotificação da informação, pois o município de Maués possui a população Sateré Mawé que se utiliza das práticas tradicionais do nascimento. Ademais, a população indígena residente no

município compreende a cerca de 5 mil indígenas, residentes em área urbana e rural (SEMSA/MAUÉS, 2019). Segundo Teixeira, Maimbourg e Brasil (2009), grande parte dos indígenas Sateré Mawé residente no município é de imigrantes que vieram da região do Adirá-Maraú. No entanto, isso é um tema para pesquisas posteriores.

Destacamos que a gestão nos revelou a preocupação com os dados de partos hospitalares, demonstrando que há necessidade de maior investimento em ações de educação permanente em saúde para os profissionais, discutindo o território e as estratégias de cuidado nas questões do parto e nascimento. Do mesmo modo, é importante destacar a valorização das práticas tradicionais do cuidado e as redes vivas no território líquido de Maués.

Quadro 4. Principais causas de Internações Hospitalares por local de residência e ano de atendimento segundo CID-10, Maués, 2020.

| Capítulo CID-10 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|--|------|-------|------|--------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 119 | 174 | 146 | 439 |
| II. Neoplasias (tumores) | 129 | 235 | 69 | 433 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 32 | 66 | 13 | 111 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 78 | 118 | 40 | 236 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 149 | 226 | 74 | 449 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 239 | 395 | 123 | 757 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 87 | 113 | 42 | 242 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 153 | 257 | 79 | 489 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 816 | 1.480 | 624 | 2.920 |
| XIX. Lesões por envenenamento e out consequências de causas externas | 146 | 221 | 114 | 481 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2020.

Há casos de urgência e emergência em que a família não espera a chegada da ambulância, os familiares chamam o Agente Comunitário de Saúde ou com ajuda de alguém da comunidade seguem direto para o hospital. Contudo, nos casos de urgência obstétrica há o risco de complicações durante esse deslocamento até a sede municipal.

Uma das principais dificuldades no acesso aos serviços de urgência e emergência se refere ao transporte até a sede do município. Além disso, percebe-se a necessidade de instalar uma casa de apoio para os ribeirinhos que não tem residência própria ou de familiares na sede, para se hospedarem durante o período de internação desse familiar,

quando há necessidade de ficar mais tempo na cidade, principalmente para os acompanhantes, pois há muitos casos de parto de ribeirinhos e que às vezes o bebê necessita passar mais tempo na maternidade. Sendo que os pais não podem retornar ao interior enquanto seu filho ainda estiver internado.

CAPÍTULO 3 – “OS MAPAS FALANTES” E OS FLUXOS NO ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Neste capítulo abordamos algumas questões relacionadas aos fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência por meio de mapas falantes e dos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde com a descrição do seu trabalho. Também trataremos da questão da articulação entre as equipes de saúde da família e os serviços de urgência e emergência, dos fluxos de referência e contrarreferência, bem como sobre os atendimentos sensíveis à Atenção Básica. Além disso, adentramos na questão da gestão do território ribeirinho no acesso aos serviços de urgência e emergência e como a micropolítica atua como uma alternativa da gestão para o cuidado em saúde.

3.1 Fluxos de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência

A implementação da Rede de Urgência e Emergência no Brasil tem enfrentado muitos desafios desde sua instituição em 2011, mas apresenta alguns avanços no que diz respeito à melhoria do acesso aos serviços de urgência com vistas à integralidade da atenção à saúde (JORGE *et al.*, 2014). É importante pensar que embora tenham muitos avanços como exemplo a ampliação de ferramentas tecnológicas como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, ainda há necessidade de expansão para as diferentes regiões do país. Ademais, a implementação desta política deve levar em conta as especificidades de cada região, especialmente o contexto Amazônico, como por exemplo, o uso das ambulanchas.

O acesso da população ribeirinha segundo os relatos dos Agentes Comunitários de Saúde se dá geralmente devido a uma condição grave de saúde, como dizem, um caso de urgência ou emergência. Dificilmente os ribeirinhos vão até o hospital por um motivo qualquer. Embora, alguns casos procurem diretamente o hospital para serem atendidos mais rapidamente, pelo fato de não precisar agendar a consulta ou ficar na fila para marcar a consulta no mesmo dia em uma UBS, tendo em vista que a permanência na cidade é por um período muito curto.

Os deslocamentos dos ribeirinhos na Amazônia são realizados quase que exclusivamente por via fluvial (PEREIRA *et al.*, 2019). O tempo de viagem dificilmente pode ser estimado com precisão, pois depende de diversos fatores, como cita Schweickardt *et al.*, (2016): o clima, as condições da embarcação, o tipo e potência do

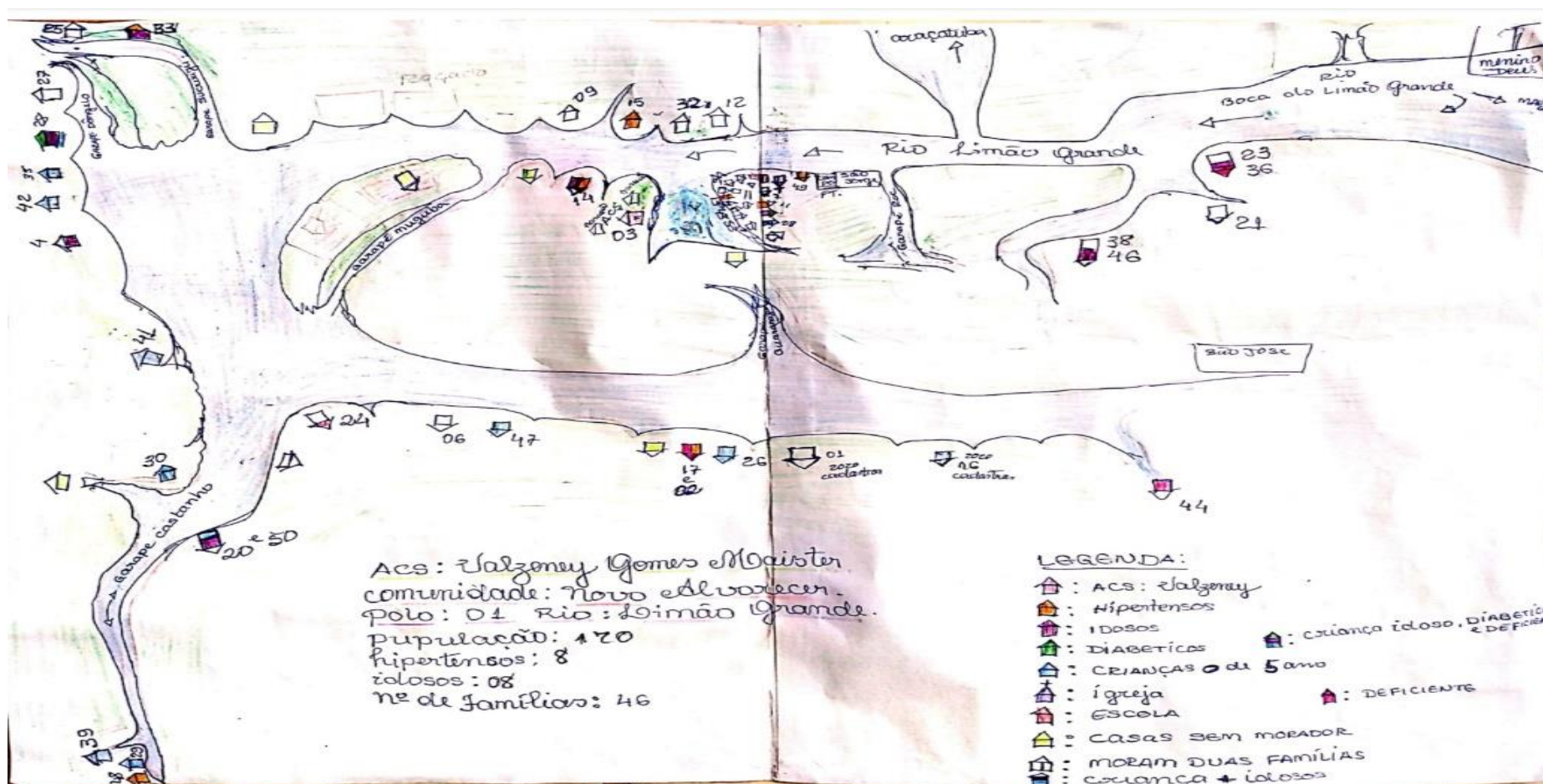
motor, bem como da estação em que se encontra são fatores que interferem no deslocamento sobre o território líquido.

De acordo com os gestores, os principais rios que dão acesso às comunidades ribeirinhas até a sede do município de Maués são os seguintes: Rio Maués-açu, Rio Maués-Miri, Rio Parauari, Rio Urupadi, Rio Apocuitaua e Paraná do Urariá. As comunidades ribeirinhas encontram-se localizadas nos lagos, igarapés e paranás que vão além desses rios, o que influencia no acesso até a sede municipal e, conseqüentemente, no acesso aos serviços de urgência e emergência que estão disponíveis apenas na cidade. Os mapas abaixo, (figuras 9 e 10), construídos pelos ACS, descrevem os fluxos de acesso dos usuários dessas comunidades.

O tempo médio de deslocamento da comunidade mais próxima da sede do município é de cerca de 30 minutos. Enquanto a comunidade mais distante dura em média 18 horas de viagem de barco, conhecido como recreio ou de rabeta. Em estudo de Guimarães *et al.*, (2020), o tempo médio de viagem dos ribeirinhos para ter acesso aos serviços de saúde na sede, era de 4,2 horas. As mais distantes são: Santa Maria do Caiué e Osório da Fonseca do rio Paracuni demora em média 18 horas de motor rabeta, a comunidade Monte Sinai do rio Parauari em torno de 12 horas e a comunidade Nossa Senhora Aparecida do Rio Apocuitaua dura em média 14 horas.

[...] Às vezes eu pergunto pros meus ACS “quanto tempo daqui pra lá” e tudo, e eles “ah, enfermeira, oito horas”. Porque depende do que eles vêm. Se eles vierem de rabeta, demora bastante, oito horas, nove horas, dez horas. Se vier de voadeira, que é um pouquinho mais rápido, eles diminuem um pouco. “Ah, demorou quatro horas” (Enfermeira 2).

Figura 9. Mapa falante da área de abrangência de uma ACS do Polo 01, Rio Limão Grande, Comunidade Novo Alvorecer.



Fonte: Acervo do LAHPSA, 2020.

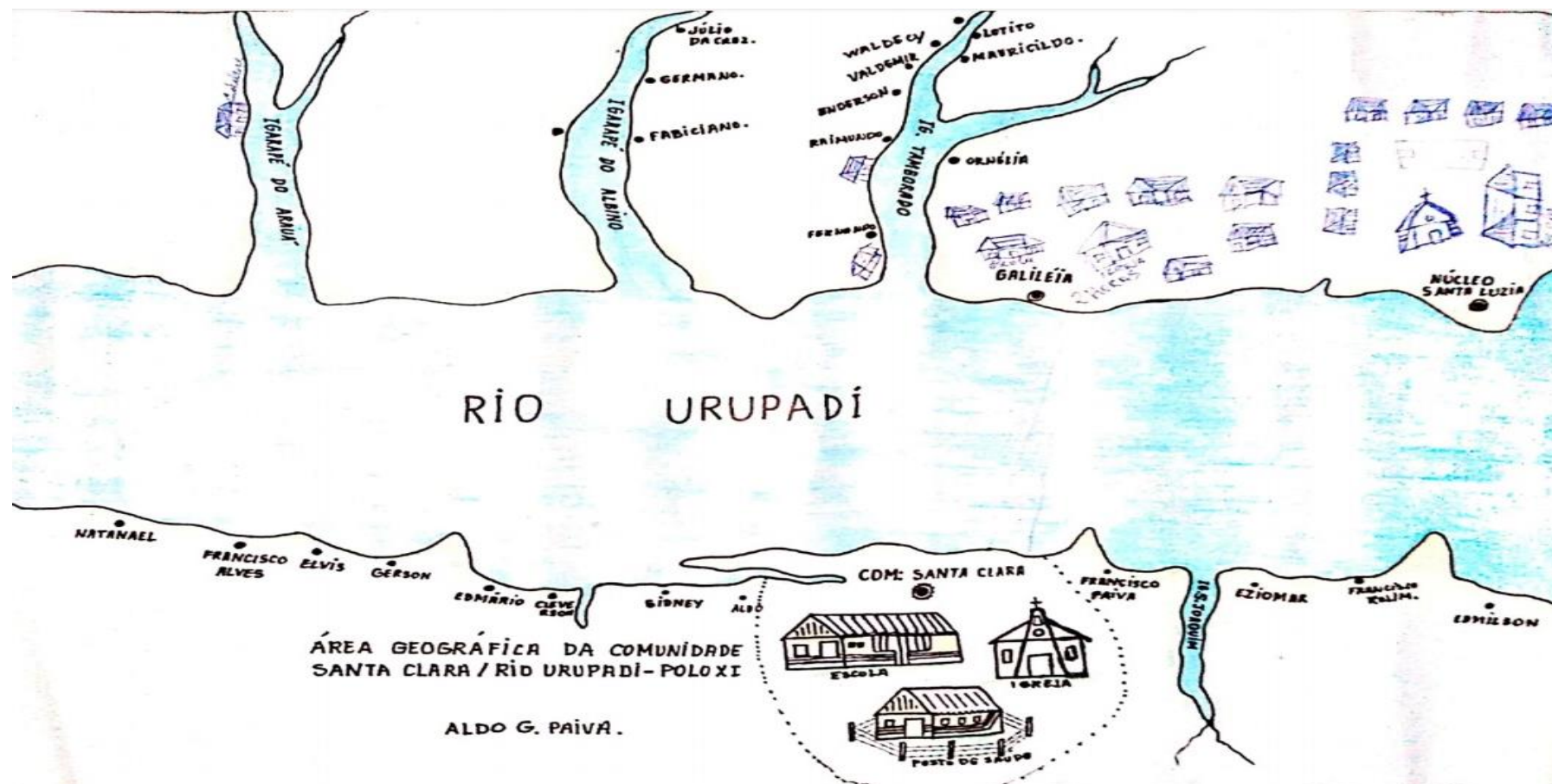
O Mapa da comunidade Santa Clara, apresentado na figura 10, mostra o Posto de Saúde que estava desativado no período em que foi realizada a oficina dos Mapas falantes, porém no momento dessa escrita, a unidade de saúde foi reformada e está ativa. Conforme pode-se observar no mapa e nos relatos dos agentes de saúde, a distância entre as residências dos ribeirinhos é grande. Embora haja concentração de famílias na sede da comunidade ou núcleo, ainda existem muitas famílias que preferem viver em um lugar mais isolado, o que para o ACS não representa um problema, pois simplesmente é seu “modo de levar a vida e que o faz bem”.

O mapa abaixo foi produto de uma construção coletiva entre ACS, comunidade e um professor da comunidade, que fez a arte de acordo com o relato e descrição do agente comunitário de saúde, que conhece a área e tem todos os caminhos e percursos em sua memória. Essas representações gráficas trazem à tona as histórias, as viagens, as vivências dos navegantes, fazem parte de um saber construído ao longo de sua vida (NOGUEIRA, 2014). Mostram seu conhecimento acerca das rotas possíveis e mais fáceis, seja no período de seca ou cheia.

As comunidades de referência, que são denominadas Polo, geralmente abrangem uma extensa área geográfica, dando suporte às outras. Como podemos observar a distância entre as casas, em uma mesma comunidade, o percurso realizado por esse ACS geralmente é de meia hora, mas para visitar as famílias que moram mais distante, pode durar até duas horas entre o percurso a pé e de rabetá. Assim como em outros relatos, os mapas sempre apresentam a figura de uma igreja, o que representa a forte ligação que os ribeirinhos têm com as instituições religiosas de sua área. Sendo que, essas instituições atuam de forma coletiva apoiando e ajudando os ACS quando há casos complexos de urgência e emergência.

Mesmo diante dos desafios em fazer as visitas ou o resgate de pacientes ribeirinhos em condições complexas de urgência e emergência há um sentimento de gratidão expresso no semblante dos ACS ao narrar as histórias, e por muitos trabalhadores que atuam na área ribeirinha.

Figura 10. Mapa falante da área de abrangência de uma ACS do Polo XI, Rio Urupadi, Comunidade Santa Clara.



Fonte: Acervo LAHPSA, 2020.

Ao descreverem como se dá esse acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência ou mesmo para atendimentos no nível da Atenção Básica, os Agentes Comunitários de Saúde revelam que, apesar dos desafios enfrentados, é gratificante ajudar a comunidade. Tendo o apoio da comunidade e dos “parceiros”, como chamam os outros ACS, e da própria gestão, o trabalho torna-se prazeroso e o cansaço do dia a dia é superado pela gratidão que os usuários têm para com eles e pelo fato de poder ajudar a salvar vidas nesse contexto ribeirinho.

No município de Maués, em 2019, houve a implantação de ambulanchas, pois as lanchas utilizadas era para transportar as equipes de saúde rurais/ribeirinhas para visitas às comunidades. Em alguns casos essas lanchas eram utilizadas para transportar pacientes e tinham o suporte da comunicação via rádio, no entanto, as lanchas não poderiam ser denominadas de ambulanchas por falta de estrutura para o transporte adequado dos usuários. Embora, muitas vezes, as lanchas funcionassem como apoio aos ACS no transporte de pacientes em estado de urgência ou emergência. A implantação das ambulanchas em todos os polos da área ribeirinha foi um grande ganho para a população ribeirinha porque a remoção de pacientes em situação de urgência e emergência pode ser realizada de forma mais rápida e segura.

Existem casos de urgência e emergência em que é necessário que o ACS se desloque até outra comunidade para buscar apoio com a ambulancha, que fica ancorada na comunidade central do Polo, onde fica situado o Posto de Saúde de referência. Nos casos de urgências básicas há um técnico de enfermagem que consegue resolver o problema ou estabilizar o paciente e encaminhar para o hospital localizado na sede do município.

De um modo geral, o principal meio de transporte utilizado pelos ribeirinhos e pelos Agentes Comunitários de Saúde para se deslocar até a sede do município, e entre as comunidades, é a “rabeteta”, como afirma um dos ACS:

[...] O “rabetinha” é meu companheiro... ela é uma máquina indispensável, mas não é uma máquina segura. Eu já fiquei no prego duas vezes, com um rapaz picado de cobra e uma mulher com acesso de parto...eu remei mais ou menos...pra casa do cidadão lá, eu remei mais ou menos uma hora e pouco, uma hora e dez por aí pra poder conseguir uma chave pra controlar a palheta do rabeta que tinha afrochado (ACS 2).

[...] Num é longe, mais três horas e meia de viagem no rabeta é cansativo, e quando, por exemplo, se é uma doença grave se dá um problema no meio da viagem aí você vai ter que se virar... isso é o problema maior que nós temos (ACS 4).

Esse tempo para os ribeirinhos é relativo, pois eles estão acostumados a considerar o tempo de percurso da viagem dependendo do clima, das condições da embarcação, potência do motor e dos próprios caminhos, furos que estão em sua memória. A distância também é relativa em relação às pessoas que vivem em uma área urbana onde tudo é próximo e o acesso tem poucos obstáculos. Assim, essas três horas e meia representam um tempo prolongado. Mas como no relato do ACS, para ele não é distante. Contudo, em condições de urgência e emergência, o tempo e a distância podem ser cruciais para os casos de resgate em área ribeirinha.

Existem outros tipos de transporte utilizados pelos ribeirinhos, que são os barcos de pequeno porte, que fazem rota entre algumas comunidades ou que vem de outros municípios e quando não tem outro meio eles os utilizam. Esses barcos comportam em média 20 passageiros. A potência desse tipo de embarcação varia muito, depende do tamanho e do tipo de motor. Segundo a coordenadora da atenção básica, alguns ribeirinhos que não têm residência na cidade, dormem nessas embarcações até resolver seu problema na sede do município. Por isso, o atendimento da população ribeirinha tem prioridade e, principalmente, na realização dos exames que exige um tempo maior na análise. Podemos dizer que isso é a equidade em ato.

A maioria dos ribeirinhos utilizam essas pequenas embarcações para chegar à cidade em busca de acesso aos serviços de saúde (GUIMARÃES *et al.*, 2020), porém nem todas as famílias possuem motor rabeta. Assim, o deslocamento até a cidade é feito com a ajuda de alguém da comunidade ou com apoio do Agente Comunitário de Saúde.

Em relação ao deslocamento e retorno dos usuários até sua comunidade, após atendimento de uma urgência, por exemplo, o ACS consegue viabilizar esse transporte com apoio da secretaria municipal:

[...] Se ele tiver dificuldade pra voltar, ele diz: “enfermeira, a gente tá sem gasolina agora pra voltar” aí a gente encaminha pra secretaria pro pessoal da estratégia da saúde ajeitar gasolina pra eles voltarem. Porque eles não vieram a passeio, eles vieram devido a necessidade deles, e às vezes eles não tem aquela gasolina pra voltar, ou óleo pra voltar. Aí a gente encaminha pra secretaria e a secretaria fornece (Enfermeira 3).

Uma das principais dificuldades no acesso aos serviços de urgência e emergência se refere ao transporte e a permanência na sede do município. A gestão da saúde entende que há necessidade de criar uma casa de apoio para os ribeirinhos que não tem residência própria ou de familiares na sede para se hospedarem durante o período de internação desse

familiar, mas relatam que não há recursos financeiros para custear uma casa de apoio. O longo tempo de permanência na cidade significa mais gastos, sendo mais agravado pelo afastamento das atividades produtivas.

Em algumas comunidades mais distantes a gestão conseguiu viabilizar uma lancha que serve de transporte para o deslocamento de usuários ribeirinhos até a sede do município em casos de urgência e/ou emergência. Entretanto não há lanchas para todas as comunidades, que ficam estacionadas em comunidades denominadas Polo, de onde é feito o transporte dos pacientes para a sede. O debate sobre o transporte sanitário na Amazônia é crucial para as situações de urgência e emergência, pois o tempo é uma questão de vida e morte. Por isso, é necessário que haja mais financiamento para a viabilização do transporte sanitário, para além do que já disponibilizado para as equipes ribeirinhas².

3.2 Articulação das equipes de saúde da família e os serviços de urgência e emergência

A articulação entre a atenção básica e outros serviços da rede é considerada essencial para promover uma assistência eficiente e de qualidade, principalmente em casos de vulnerabilidade social. Apesar dos investimentos nas políticas públicas na gestão e criação de sistemas de informação integrados, ainda permanece o desafio de construir fluxos e processos mais integrados. Há necessidade de investimentos em estratégias inovadoras que possibilitem aos serviços a prestação de uma assistência coordenada e contínua nos diferentes níveis de atenção e deixem de lado a fragmentação desse cuidado (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

Identificamos com o estudo que não há uma boa articulação entre os serviços de urgência e emergência, no que diz respeito a atenção prestada à população ribeirinha. Existe comunicação, mas não há nenhum protocolo de atendimento, nem mesmo o processo de referência e contrarreferência entre os serviços. O que existe, em alguns casos, é o profissional da Atenção Básica que conhece e tem o contato de outro profissional que atua no hospital e faz o encaminhamento. Essa comunicação se faz pelas redes do trabalhador da saúde, através da micropolítica do cuidado em saúde, como uma rede viva, que ultrapassa o instituído.

² O custeio para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha normais é de R\$ 10.650,00. Esse recurso pode ser gasto com pessoal, combustível, alimentação e insumos.

[...] é difícil ter essa articulação entre o hospital e o posto, eu só sei das coisas porque também trabalho lá no hospital, porque eu tô no hospital e eu vejo alguns conhecidos assim da área. (Enfermeiro da Equipe 2)

[...] Eu acredito que falta só uma articulação mesmo, uma disponibilidade entre eles. (Coordenadora da Atenção Básica)

A Portaria do Ministro da Saúde Nº 1.600/2011 prevê o “atendimento aos usuários em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)”, de modo resolutivo e integral e, se necessário, encaminhamento para outro serviço da rede. No entanto, tanto essa resolução como as RAS se constituem como modelos ideais, sendo que a dinâmica do território, o trabalho vivo³ e os vários encontros tornam o trabalho da atenção básica complexo e dinâmico. Basta imaginar o cotidiano de um ACS que atua em área ribeirinha para vermos a complexidade que é atuar nesse contexto. Então, porta de entrada pode ser a canoa, a praia, a palafita, a casa flutuante, o porto, os furos e os vários encontros que se dão no meio dos rios e lagos.

Autores como Ros (2018) e Herminda *et al.*, (2019) destacam a importância do prontuário eletrônico como ferramenta essencial para a integração e melhoria da gestão e continuidade do cuidado em saúde. Contudo, apesar de facilitar a comunicação entre a atenção básica e a UPA, esse instrumento não pode ser utilizado em áreas de difícil acesso, pois seu uso é restrito ao território municipal o que inviabiliza a comunicação entre Atenção Básica e os serviços de urgência e emergência que compõem a Rede de Urgência e Emergência (HERMINDA *et al.*, 2019).

No município de Maués, assim como em grande parte dos municípios do Amazonas, o ideal de um sistema informatizado ainda não é a realidade. Especialmente quando se trata de regiões onde há dificuldade de acesso, como em comunidades ribeirinhas mais longínquas, devido a questões logísticas e de infraestrutura. Alguns municípios estão utilizando as ferramentas tecnológicas de modo que funcione *off line* quando estão sem conexão e quando chegam em local com conexão de internet, transmitem os dados. Os ACS receberam tablets recentemente, em 2019, para alimentarem o sistema de informação da Atenção Básica, através da produção na área ribeirinha, por meio das visitas domiciliares e cuidados em saúde realizado em cada polo.

³ Trabalho vivo é aquele que acontece no encontro entre profissional e usuário, numa consulta ou visita domiciliar (MERHY, 2014).

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde tem em vista o cuidado integral aos usuários de modo rápido e eficiente (BRASIL, 2011). Assim, a lógica da regionalização do acesso, segundo Teixeira (2007, p. 125) tem a territorialização da saúde como um dos seus processos-chave, o qual “consiste na delimitação das unidades fundamentais através de referenciamento”. Nesse sentido, “envolve questões organizacionais e gestão por meio dos fluxos de referência” (GADELHA *et al.*, 2009).

A Portaria do Ministro da Saúde Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, enfatiza sobre a necessidade de se manter uma comunicação e integração das RAS com a atenção básica, por meio da responsabilização e cuidado em saúde de modo contínuo e integral (BRASIL, 2010). Contudo, Mello *et al.*, (2017, p. 1293) afirmam que a “autonomia municipal advinda pelo processo de descentralização é vista como principal entrave à organização regional dos serviços” por conta de questões como subfinanciamento e fragmentação do sistema. Um maior financiamento tanto da Atenção Básica quanto dos serviços de Urgência e Emergência poderia favorecer a produção da equidade em saúde, especialmente no contexto amazônico.

Uma das dificuldades em organizar os protocolos se refere à contratação e atualização dos profissionais para atuarem com base nesses protocolos, haja visto que a despesa com a urgência e emergência do município e mesmo dos atendimentos ambulatoriais é custeado pelo município. Segundo relato do Gestor de Saúde do município:

[...] Difícil pra gente é... fazer urgência e emergência isso aí é o que mais custa pros municípios, pros secretários de saúde. É... bancar essas urgências no hospital, então a gente por exemplo eu tenho 250 funcionários no hospital, 200 é contratado pela prefeitura e 50 é pelo governo do estado, que eles pagam. E tudo pra praticamente pra manter o hospital funcionando e a prefeitura que entra e eu recebo trezentos e quarenta e dois mil pra fazer urgência e emergência, esses trezentos e quarenta e dois mil não dá nem pra mim pagar a folha dos profissionais que trabalham por lá, cirurgiões, dos plantões de médicos, de enfermeiros, de técnicos, de profissionais que atuam lá. Então acho que manter esses profissionais, a gente não consegue mais especialista porque não tem mais perna e manter os profissionais é fazer investimento, a gente fica trabalhando pra pagar folha e fazendo basicozinho ali, a gente não consegue investir mais em nada, o município já tá no limite do poder de custear o serviço de saúde. (GESTOR 1)

É também um desafio para a gestão, a fixação dos profissionais na área ribeirinha para atuação direta na atenção às necessidades da população daquele território. Tal fixação depende de diversos fatores em especial as condições de saneamento básico e de

infraestrutura das unidades com insumos adequados para oferta dos serviços essenciais. Como por exemplo, energia elétrica e acesso à internet, que possibilitem aos profissionais uma comunicação mais rápida com a secretaria de saúde e os demais serviços ofertados na sede municipal.

3.3 Fluxos de referência e contrarreferência e Atendimentos sensíveis à Atenção Básica

Os estudos como o de Alves *et al.*, (2015) e Frango *et al.*, (2018) refletem sobre a importância dos fluxos de referência e contrarreferência, bem como o acompanhamento dos atendimentos no percurso do usuário dentro da Rede. Além disso, destacam a importância da articulação entre a estratégia de saúde da família e os demais serviços de saúde. Contudo, ainda se percebe uma Rede com articulação modesta e as vezes incipiente, sendo necessário incentivar efetivamente essa articulação através de uma gestão focada na produção do cuidado integral em saúde, considerando a realidade local.

Em relação à referência e contrarreferência, segundo o Secretário de saúde, existe esse referenciamento. Há um desafio em fazer esse referenciamento, especialmente da população ribeirinha devido à distância de sua residência até a sede do município e pela inexistência de uma equipe completa em área ribeirinha. De acordo com alguns profissionais o processo de referência e contrarreferência não acontece de fato, conforme relato a seguir:

[...] A partir do momento que eles são encaminhados a gente não tem mais aquela, aquele retorno deles, a gente não tem mais esse contato de volta. (Enfermeira da UBS Fluvial).

[...] Não tem essa referência, só sabemos através dos pacientes, já depois do tratamento, da alta mesmo. Só quando tem uma notificação eles comunicam com a gente. (Enfermeiro 3)

Apenas um profissional relatou que na sua unidade o processo de referência e contrarreferência acontece de fato. Também temos que considerar a falta de entendimento conceitual e prático sobre o processo de referenciamento. Nesse sentido, a educação permanente e atualização dos profissionais no cotidiano de seu trabalho seria uma importante estratégia de qualificação dos profissionais no que se refere a atenção hospitalar e na Atenção Básica.

[...] pelo menos na nossa unidade tem se preocupado muito com isso de quando a gente encaminhar o paciente depois entrar em contato pra saber se o paciente procurou atendimento, mesmo porque assim às vezes você pode encaminhar o paciente e ele não ir lá na unidade, no hospital. (Enfermeiro da Equipe 2)

No hospital do município o atendimento se dá em geral por meio do Pronto Socorro, também chamado Pronto Atendimento ou pelo Ambulatório. Sendo que a maioria dos atendimentos hospitalares ainda é de demanda ambulatorial.

[...] É normal, dependendo da situação...a gente já tem um costume muito da população que é de procurar o hospital que não é caso de hospital, mas a gente não deixa de atender (GESTOR 1).

De acordo com Souza *et al.*, (2010) um dos fatores que influenciam a busca por atendimentos em Pronto Socorro (PS), em detrimento da atenção básica, é a indisponibilidade de vagas nas UBS, principalmente em horários compatíveis com a condição aguda das necessidades das pessoas em cada território. No caso da população ribeirinha o desafio é ainda maior, pois, muitas vezes, precisam ir até a cidade em busca de atendimento. Os usuários consideram o Pronto Socorro com tendo maior resolutividade para as necessidades de saúde, comparado com os pontos de atenção da Atenção Básica (SOUZA *et al.*, 2010).

[...] infelizmente a população ainda não sabe diferenciar o que é urgência e emergência e não procura a procura a unidade básica eles preferem vir aqui pro hospital porque eles são atendidos e medicados e isso acontece em todos os municípios. Então aqui não é diferente e aí quando tem as emergências mesmo acaba que tumultuando porque algumas pessoas não entendem. (Enfermeira da Vigilância Epidemiológica do Hospital)

Autores como Sampaio *et al.*, (2016) e Antunes *et al.*, (2018) trazem em seu estudo que a maior parte da demanda atendida na UPA poderia ser resolvida na AB, o que geralmente ocasiona uma superlotação dos serviços hospitalares. No Hospital do município, chamado carinhosamente de “Dona Mundiquinha” são atendidos mensalmente, em média 60 pacientes na clínica médica, 30 na área pediátrica e 150 na maternidade. Alguns profissionais afirmam que a demanda hospitalar é muitas vezes ambulatorial:

[...] a maioria dos atendimentos aqui a maioria não é urgência e emergência, a maioria é ambulatorial porque como aqui já vai falar com médico, não precisa agendar no posto, eles já vêm aqui e é atendido, mesmo sabendo a situação que é do posto, mas é atendido (Enfermeira do Hospital).

Os atendimentos nas UBS são prejudicados porque a demanda hospitalar supre as necessidades da população. Quando se trata da população ribeirinha é mais complexo, pois, na maioria das vezes, não podem aguardar muito tempo por atendimento, visto que muitos deles não têm residência própria ou mesmo familiares na sede do município. Por isso, acabam preferindo o atendimento no ambulatório do hospital, criando um problema para o sistema de informação da AB e a produção da equipe, além de perder o contato com o paciente na longitudinalidade do cuidado. A ausência de diálogo entre os profissionais da ESF e usuário na gestão do cuidado podem contribuir para a fragmentação das ações de saúde, pois os processos e fluxos de atendimento especializado muitas vezes não são conhecidos pela equipe das unidades básicas (MAXIMINO *et al.*, 2017).

O olhar dos diversos setores da comunidade em relação às redes vivas do território amplia as visões e práticas do cuidado no território. Sendo que, a partir do conhecimento e reconhecimento do papel das redes no cuidado é possível buscar estratégias para resolução de conflitos e problemas existentes na comunidade, possibilitando uma articulação eficiente entre os serviços (FERREIRA; COSTA, 2017).

A gestão municipal reconhece que há dificuldades de realizar a articulação entre as equipes de saúde e a população ribeirinhas, visto que não existem equipes fixas no território. A presença da gestão municipal se faz através dos Agentes Comunitários de Saúde que são responsáveis pelo cuidado nas comunidades e núcleos. No período da pesquisa houve uma reestruturação dos postos de saúde, tendo um técnico de enfermagem fixo em cada unidade de saúde da área ribeirinha.

As equipes no município são denominadas como Equipes de Saúde Rural, mas o seu público são as comunidades ribeirinhas, e no momento da pesquisa, essas equipes estavam alocadas na sede do município. As equipes desenvolvem as atividades na área a partir de uma programação. Garnelo *et al.*, (2018), em estudo dos municípios da região norte analisou, a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que a maior parte das UBS estão situadas na área urbana e muitas unidades cadastradas como rurais se enquadram na categoria de urbana, mas atendem a população ribeirinha. Com a reforma e inauguração das UBS em área, no ano de 2020, as equipes puderam estar mais próximas da comunidade. Apesar de ainda não haver médico e enfermeiro fixos nas UBS das áreas ribeirinhas.

3.4 Gestão do território ribeirinho e o acesso aos serviços de urgência e emergência

Um grande desafio para a gestão tem sido organizar e gerir o extenso território ribeirinho que o município possui, devido a questões de infraestrutura e de recursos financeiros. A expectativa é que seja resolvido com a reestruturação das Unidades de Saúde localizadas em área ribeirinha, possibilitando um contato mais próximo entre os usuários das comunidades e as equipes de Saúde da Família. Em relação à articulação entre Atenção Básica e Serviços de Urgência e Emergência dependerá da disponibilidade dos profissionais ao diálogo que pode ser estabelecido através de reuniões e/ou encontros de educação permanente, rodas de conversa entre profissionais e a gestão de saúde do município.

A gestão consegue ser bem resolutiva nos casos de urgência e emergência no que diz respeito ao encaminhamento dos usuários para a capital do Estado. Segundo o gestor de saúde, o que facilita muito é contato com os diretores de hospital da capital, fazendo funcionar a rede viva, principalmente quando o sistema de regulação não funciona ou tem um tempo de espera longo. Além disso, o município tem uma casa de apoio com uma equipe na capital para acompanhar os pacientes e orientar os familiares quanto ao local de internação e ao retorno para Maués.

A gestão municipal não tem um protocolo definido para os atendimentos nos casos de urgência e emergência da área ribeirinha. Não existe um fluxo de atendimento específico para atender a população ribeirinha, que atenda as especificidades dessa população, pois os fluxos dessa população ultrapassam os protocolos instituídos. Há apenas uma ficha de registro diferenciada para a população indígena. Também não há uma diferenciação para os usuários da área urbana ou ribeirinha, como diz o relato dos gestores:

[...] É o mesmo fluxo, chega entra na unidade hospitalar é atendido, é feito o atendimento da situação é encaminhado, vai ser resolvido o problema dele dentro da unidade, com internação ou cirurgia ou na observação ou algum tipo de exame (Gestor 2).

[...] Não tem um fluxo diferente, o nosso protocolo é toda a orientação que a gente dá pros ACS. Todo final de mês a gente tem reunião com eles, então eles são muito bem orientados quanto a tudo. Geralmente essa reunião serve pra isso mesmo, pra gente orientar, informar, falar o que a gente tem, o que a gente não tem, os remédios que a gente tem e que a gente não tem. Deixar eles bem a par de toda a situação, pra poder dar uma informação correta lá no interior (Gestor 1).

A população ribeirinha não tem uma identificação e local de moradia, o que pode informar muito sobre a condição do usuário:

[...] Não existe uma identificação diferenciada, a gente tá fazendo lá só com a área indígena tipo, fiz o formulário padrão na cor azul, aí todo paciente que é indígena ele entra e é feito isso aí pra gente tá identificando o caminho dele dentro da unidade hospitalar (Enfermeira do Hospital).

Nem o hospital, tampouco as Unidades Básicas de Saúde, dispõem de um sistema de preenchimento eletrônico para gerenciamento dos dados. Ainda utilizam o espaço de almoxarifado para armazenar as informações dos atendimentos realizados, mais conhecido por Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) ou setor de arquivo denominado por alguns profissionais. Apesar disso, observamos que a população ribeirinha tem acesso aos serviços de urgência e emergência tanto no município quanto na capital do Estado, pois a gestão local consegue fazer uma articulação com a gestão estadual e com a rede informal da capital de modo a viabilizar esse acesso.

3.5 O exercício da micropolítica da gestão do cuidado em saúde no município

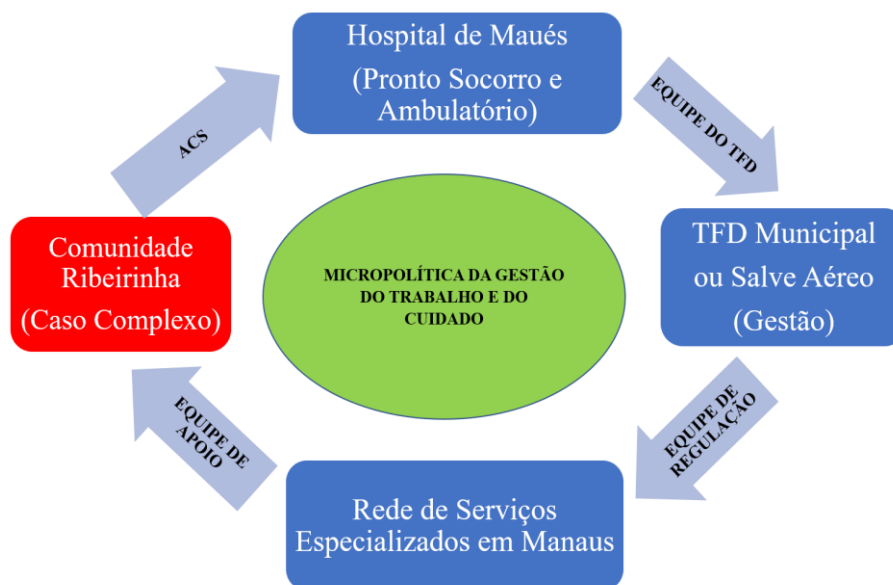
O Estado do Amazonas está dividido em 8 regiões de saúde, com seus respectivos centros de referência, também conhecidos como Polos. Embora, haja essa divisão de regionais, a regionalização não ocorre de fato nos moldes em que é pensada como política pública em saúde. A região do Baixo Rio Amazonas, onde se encontra o município de Maués, é um desses casos, pois o fluxo de referenciamento deveria acontecer para Parintins, pois é centro de referência da região. Devido a características geográficas, de transporte, além de uma questão micropolítica da própria gestão municipal, Maués toma como ponto de referência da rede a capital do Estado. Diferindo de outros municípios como por exemplo, Barreirinha que “possui representantes em Parintins, como uma assistente social e um motorista com carro particular que auxiliam nas remoções, contato com o hospital e assistências locais” (SANTOS, 2020, p. 36).

[...] a gente tem uma representação em Manaus tem uma ambulância lá nossa, dois carros, duas picapes, mais uma ambulância e temos assistentes sociais e profissionais de saúde lá, também que ficam dando esse suporte pra gente nas unidades de Manaus. (Gestor 1)

Nem sempre os encaminhamentos são feitos pelo Sistema de Transferência de Emergência Regulada (SISTER) anteriormente realizados através do Sistema Nacional

de Regulação (SISREG), de acordo com a gestão de saúde do município. É possível promover o cuidado em saúde e gerir os serviços de urgência e emergência de modo a viabilizar o acesso dessa população até a capital por meio da micropolítica do cuidado, onde o gestor municipal através de suas redes consegue viabilizar esse acesso, conforme observado na figura 11.

Figura 11. Fluxo de acesso em casos de urgência e emergência a partir da micropolítica



Fonte: A autora, 2020.

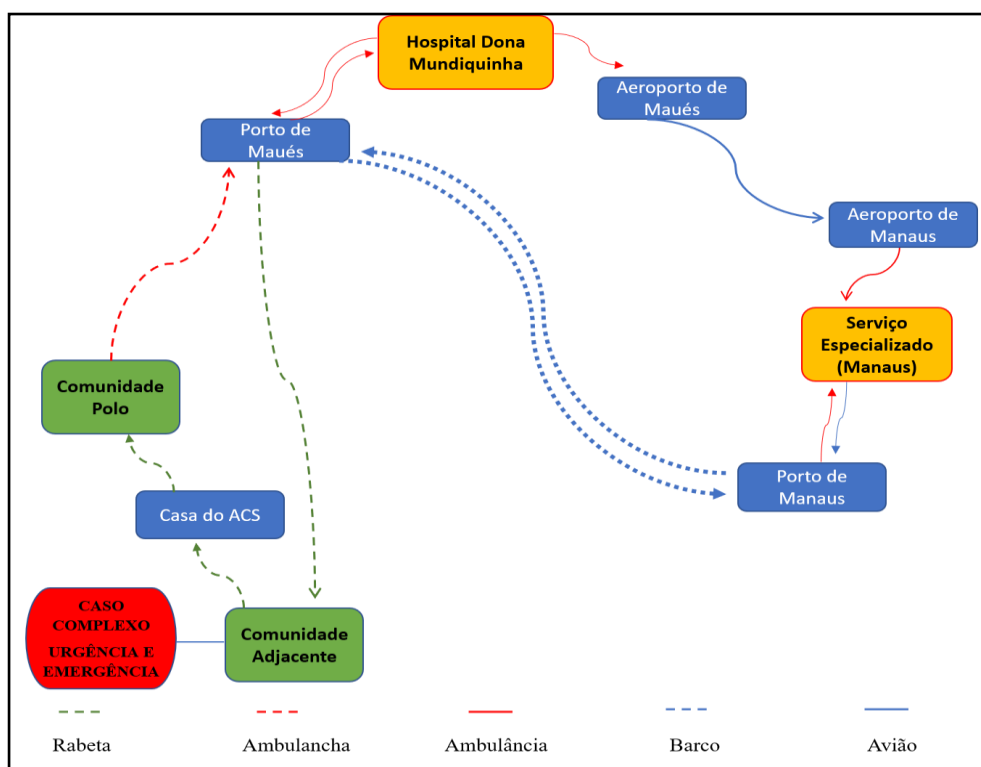
A equipe técnica do Transporte Fora de Domicílio (TFD), composta por duas Assistentes Sociais, o médico solicitante e o diretor clínico do hospital fazem a avaliação do caso e inserem o pedido de remoção no Sistema de Transferência de Emergência Regulada (SISTER) e após aprovação do resgate pelo Salve aéreo, fica sob a responsabilidade da regulação conseguir um leito nos hospitais de Manaus.

Os encaminhamentos de pacientes do hospital municipal para Manaus, geralmente acontece por via aérea por meio de avião fretado pela prefeitura ou via Aeromédico/SUSAM (Salva Aéreo), de responsabilidade estadual. Devido à grande extensão territorial do estado do Amazonas, a demanda e a escala de prioridades, o transporte Salva Aéreo do Estado nem sempre está disponível. Nesse caso, o município de Maués viabiliza o transporte por meio do frete da aeronave, que custa R\$ 5.500,00 reais, pois dependendo da gravidade do caso seria inviável o transporte de barco, devido ao tempo de deslocamento. No ano de 2018 de acordo com o relatório do TFD, um total de 1.781 pacientes foram encaminhados para Manaus através do Tratamento Fora do

Domicílio Fluvial em rede⁴ e/ou camarote. E no ano de 2019 foi um total de 1.584 pacientes encaminhados.

O Fluxo de acesso a saúde nos casos de urgência e emergência começa, geralmente, pelo Agente Comunitário de Saúde que tem papel importante nesse cuidado fazendo o resgate do paciente em área. Ao chegar no hospital se for necessário, a equipe do TFD faz o encaminhamento para Manaus e de lá a regulação assume a responsabilidade. Depois, a equipe de apoio da secretaria de saúde de Maués que fica em Manaus dá as orientações à família e ajuda no retorno do ribeirinho para seu município e de lá para sua comunidade.

Figura 12. Fluxo de acesso à urgência e emergência, idas e vindas do usuário



Fonte: A autora, 2020.

O fluxo de acesso dos pacientes ribeirinhos nos casos de urgência é mediado pela micropolítica da gestão do cuidado, pois os gestores têm o contato mais próximo com a gestão dos serviços especializados da capital. Essa mediação facilita o encaminhamento e continuidade do cuidado nos casos em que não há recursos disponíveis para resolutividade do caso, por meio do TFD municipal.

⁴ Rede aqui referida é aquela utilizada para descansar ou dormir durante a viagem de barco.

[...] Quando é pra ir pra Manaus nós temos o TFD (Transporte Fora de Domicílio) que a gente chama TFD fora de domicílio eletivo e de urgência. Os eletivos são os que o paciente entra no consultório da atenção básica e é feito o encaminhamento pra eles da entrada no SISREG espera a consulta ser marcada e a gente manda esse paciente pra Manaus. A gente ajuda com passagem de ida e de volta, pra paciente acompanhante e na urgência quando entra no Pronto Socorro se tiver urgência e for transferência fluvial a gente custeia essa transferência do paciente também se for transferência séria dependendo da situação vai de avião fretado...a gente também faz, ou se se for necessidade da UTI do Estado. (Gestor 2)

O Transporte Fora de Domicílio é uma alternativa para o cuidado em saúde, como uma estratégia de gestão, pois permite o encaminhamento de pacientes de diferentes municípios do Estado do Amazonas para a capital ou mesmo para um município de referência daquela região de saúde. Ele é de responsabilidade tanto estadual quanto da Secretaria Municipal de Saúde, considerando que haja necessidade de ser feito tal encaminhamento, desde que todos os recursos no âmbito local já tenham sido esgotados (AMAZONAS, 2019).

[...] Eu mesmo precisei de um atendimento de urgência quando eu passei mal e assim eu percebi que tem uma facilidade muito grande, a burocracia existe, mas ela é resolvida de forma rápida e então isso é muito bom porque quem ganha é a população do nosso município. Tem esses encaminhamentos pra Manaus e a gente nunca percebeu assim uma dificuldade em garantir esse acesso ao paciente de locomover até a capital do estado e então assim, tudo é de uma forma prática. (Enfermeiro 2)

Quadro 5. Encaminhamentos via Transporte Fora de Domicílio, por tipo de atendimento e acomodação, no ano de 2019, Maués, 2020.

| Mês | Ambulatório Rede | Urgência Rede | Ambulatório Camarote | Urgência Camarote | Salve aéreo/ Frete |
|----------------|------------------|---------------|----------------------|-------------------|--------------------|
| JANEIRO | 65 | 50 | 7 | 11 | 7 |
| FEVEREIRO | 56 | 42 | 6 | 10 | 14 |
| MARÇO | 66 | 35 | 2 | 4 | 20 |
| ABRIL | 82 | 35 | 5 | 5 | 10 |
| MAIO | 78 | 48 | 1 | 16 | 8 |
| JUNHO | 87 | 47 | 5 | 9 | 17 |
| JULHO | 85 | 36 | 6 | 8 | 8 |
| AGOSTO | 104 | 29 | 11 | 5 | 9 |
| SETEMBRO | 87 | 34 | 6 | 6 | 7 |
| OUTUBRO | 99 | 32 | 7 | 13 | 15 |
| NOVEMBRO | 76 | 31 | 9 | 4 | 14 |
| DEZEMBRO | 79 | 38 | 3 | 4 | 13 |
| TOTAL = | 964 | 457 | 68 | 95 | 142 |

Fonte: SEMSA/MAUÉS, 2020.

Um desafio para a gestão talvez seja com relação aos custos com TFD Ambulatorial, pois os pacientes são encaminhados para Manaus devido à falta de especialidades médicas no município. Sendo que, os custos com esse tipo de TFD tem sido muito elevado. Há casos de urgência e emergência que conseguem ser bem resolutivos com o TFD de urgência, como os casos de problemas relacionados ao trabalho de parto e tendo em vista que o município não dispõe de UTI neonatal ou semelhante, por exemplo, sendo necessário ser encaminhado para Manaus.

[...] até o momento o TFD a gente coloca como TFD municipal, tudo arcado pela prefeitura, secretaria de Saúde, e todos tanto aéreo quanto Fluvial são mantidos pela prefeitura, são os TFD Municipal de acordo com o gestor, ele vê que aquela quantidade de verba pro TFD geralmente nunca dá, tem meses que ultrapassa, que a gente chega a mandar cento e poucos pacientes por mês só Fluvial, fora os aéreos e fora o resgate do Estado que vem pra dar também esse apoio, eu diria que não é muito é pouco. Investimos em uma demanda muito grande que pra fazer resgate às vezes pra não perder aquela vida e pela pressão familiar vem toda uma questão aí devido a isso, o município freta a Aeronave pra fazer o resgate desse paciente, mas tudo a gente coloca o TFD Municipal que é do município que vem pra gente trabalhar. (Assistente Social TFD)

Apesar do planejamento das Redes de serviços ser feito pela gestão estadual, há um grande desafio em pensar as Redes de Atenção, especialmente a RUE, considerando as especificidades locais em cada município que diferente de outras regiões do país, apresenta grande extensão territorial e uma imensa rede hidrográfica que se modifica com o ciclo dos rios, dificultando tal organização. Assim, para alcançar essa organização e articulação entre os serviços de urgência e emergência e atenção básica são necessárias atividades de acompanhamento das atividades no território, bem como dos modos de ver o território e pensar a territorialização, considerando a realidade local.

A territorialização não deve ser pensada apenas no âmbito nacional, mas precisa ser refletida e idealizada considerando as particularidades locais. Além disso, é importante realizar atividades de educação permanente, principalmente nos municípios onde há constante mudança de gestores e grande rotatividade de profissionais. Sendo que, as alternativas para a fixação dos profissionais são a melhoria nas condições de infraestrutura e qualificação profissional (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

A Rede de Urgência e Emergência pode não estar instituída regionalmente nos moldes preconizados pela Política Nacional no Amazonas, mas existe uma rede de serviços que realizam ações de urgência e emergência e que utilizam adequações e

inovações tecnológicas como as tecnologias leves. Segundo Merhy (1997), as tecnologias leves são as relações de produção de vínculo, acolhimento e das formas de gerir os processos de trabalho através da micropolítica, essas relações são produzidas no encontro entre o usuário e o profissional de saúde e destes entre os gestores. Enquanto as tecnologias duras podem ser definidas como aquelas que se referem ao saber científico, bem estruturado, do uso de equipamentos tecnológicos, das normas e protocolos estabelecidos no âmbito da macropolítica.

A população ribeirinha tem sua singularidade no modo de vida e de como veem o território, especialmente quando se trata dos ACS e sua relação com as equipes de saúde e com a gestão. Essa singularidade está presente nos modos de se fazer saúde, através das estratégias planejadas pelas equipes durante as reuniões mensais e de como a gestão dá suporte a essas ações. Sendo que há uma relação de poder, mas também há uma colaboração por parte da gestão para viabilizar o acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município.

Através das diferentes ferramentas tecnológicas, como por exemplo, as tecnologias leves, que compõe a dimensão micropolítica da gestão do cuidado em saúde nesse território diferenciado há produção de saúde. Muitas vezes existem casos em que os protocolos definidos, as normas e a burocracia dificultam o processo de gestão do trabalho e cuidado em saúde, mas é viabilizado por meio da micropolítica e das tecnologias leve, conforme relato a seguir:

[...] A gente ajuda com passagem de ida e de volta, pra paciente acompanhante e na urgência quando entra no Pronto Socorro se tiver urgência e for transferência fluvial a gente custeia essa transferência do paciente também se for transferência seria. (Gestor 1)

O território na Amazônia é um espaço de produção de redes, da gestão do cuidado em saúde, é também onde a dinâmica das práticas sociais acontecem e por meio desse território líquido a vida dos ribeirinhos é conduzida (SCHWEICKARDT, 2016). Assim, segundo o autor a categoria “território”:

Consiste no analisador qualitativo dos cenários de atenção à saúde, presente na organização e no processo de trabalho adaptados à realidade amazônica. Nesse sentido, o território é o campo ou o espaço da micropolítica do cuidado (SCHWEICKARDT et al., 2016, p. 116).

A micropolítica da gestão do cuidado em saúde nos revela a importância das redes vivas entre os usuários e os Agentes Comunitários de Saúde do município que exercem

um papel fundamental de organizadores e mais que cuidadores. Os ACS são, na maioria das vezes, “resgatadores” num ambiente onde muitas vezes não tem muitos recursos, mas a comunidade se reúne e fornece o apoio necessário aos resgates. Nesse sentido, a micropolítica está intrinsecamente relacionada com os processos de trabalho e com a gestão em saúde, pois ela se dá nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários com a produção de redes vivas (FRANCO, 2013).

Segundo Feuerwerker (2014), a produção micropolítica do trabalho se dá também em constante disputa entre os diferentes atores no cotidiano dos serviços, mas precisam negociar com as normas, nesse sentido todos são responsáveis pela tomada de decisão sobre o cuidado. Assim, mesmo que o trabalhador tenha que lidar com as normas que regulam as atividades e o processo de trabalho das equipes, especialmente em território ribeirinho, podem ser criadas estratégias de atuação e fluxos de conexão entre os profissionais ou entre as equipes, que muitas vezes ultrapassam essas regras através da ação micropolítica.

As redes vivas, apresentadas neste estudo, demonstram que o processo micropolítico do trabalho e do cuidado em saúde, se dá de forma diferenciada do que é apresentado nas políticas públicas em saúde no contexto nacional. Através dessas redes vivas e da micropolítica é que se faz de fato o cuidado em saúde em locais onde não há uma infraestrutura adequada ou condições de acesso. Segundo Merhy *et al.*, (2020, p. 81) “a gestão micropolítica do cuidado abre espaços para a potência, mas dá trabalho, nos desafia e coloca diante das incertezas”. Portanto, o cuidado em saúde no território ribeirinho apesar dos desafios e problemas, não pode ser visto como um espaço de ausências, mas de presença, de potência das redes e da própria micropolítica da gestão no cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a produção do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência no município de Maués, identificando as redes de saúde no município, o trabalho em saúde e as características do território ribeirinho. Com a descrição do fluxo de acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência, e análise da micropolítica do trabalho em relação ao acesso da população ribeirinha a esses serviços, torna-se possível viabilizar o acesso dessa população através de adaptações nos protocolos de atendimento que são elaborados no âmbito nacional.

Este estudo possibilitou tanto a identificação dos desafios de se fazer saúde no território líquido, mas também revelou a potência das redes vivas no cuidado em saúde. É importante considerar que as dificuldades no que diz respeito ao acesso a tratamento e cuidados continuados de saúde, seja por questões geográficas de acessibilidade ou por falta de articulação entre os diversos serviços, podem acarretar prejuízos para a qualidade de vida dessa população. Assim, a compreensão acerca dessa articulação pode dar subsídios para que sejam elaboradas ou até mesmo readaptadas estratégias de planejamento, organização e orientação que visem a melhoria no atendimento integral das necessidades da população ribeirinha.

O estudo teve o intuito de contribuir para o planejamento e criação de estratégias organizacionais que viabilizem o acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência em cada ponto da rede de atenção à saúde. Assim, possibilitando o aprimoramento de estratégias, tais como reuniões entre os responsáveis pelos setores tanto do hospital quanto da Atenção Básica para haver um maior diálogo entre os setores, que proporcionem uma melhor integração entre as equipes ribeirinhas e os demais serviços disponíveis no município, especialmente com a equipe do hospital.

O acesso aos serviços de saúde, especialmente nos casos de urgência e emergência, está presente em diferentes regiões, não apenas na zona urbana, mas na área ribeirinha. A dinâmica do lugar produz redes vivas em que o cuidado é produzido de forma coletiva e colaborativa entre usuário, família, equipe de saúde e a própria gestão, considerando cada caso específico. Assim, o cuidado em saúde é feito mesmo diante dos desafios e adversidades, dos contratempos encontrados no caminho, seja nos rios, furos, na seca, o Agente Comunitário de Saúde encontra um meio de salvar vidas, pois ele conhece a dinâmica e os movimentos do território. Ademais, é notável que o trabalho vivo é uma categoria central para produção do acesso da população ribeirinha.

Foi possível perceber que uma das grandes dificuldades do acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência está relacionado com a falta de UBS e equipes fixas na área ribeirinha, para atender a população nos casos de urgência básicas. Quanto às emergências, os usuários geralmente conseguem uma resposta resolutiva para seus problemas com o apoio dos ACS, que se dedicam a acompanhar os comunitários seja no âmbito da atenção básica ou nas urgências e emergências. Os relatos dos ACS sobre a experiência e o trabalho da vida cotidiana no contexto ribeirinho nos mostra a relevância desses trabalhadores nos lugares remotos da Amazônia.

Alguns desafios foram encontrados pelo caminho na construção desta dissertação, especialmente relacionado à Pandemia do Coronavírus, que impossibilitou a realização das oficinas de escrita e da apresentação dos mapas que ficaram de ser apresentados em oficina. Não foi possível realizar as atividades de pesquisa de modo remoto porque os Agentes Comunitários de Saúde residem em área ribeirinha, onde não há acesso à internet.

Além disso, as oficinas que haviam sido agendadas e o retorno dos resultados da pesquisa para o município, através de um seminário como havíamos pensado, não tem previsão para ocorrer devido à pandemia. No entanto, temos o compromisso com a gestão e com os trabalhadores de realizar um encontro para apresentar e discutir os resultados da pesquisa. Apesar do compromisso acadêmico estar no final, o grupo de pesquisa continua em parceria com o município para outros trabalhos e produções.

Ainda existem poucos estudos que tratam da Rede de Atenção à Urgência e Emergência na região Amazônica, além daqueles produzidos pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia. Percebe-se que há uma lacuna na literatura quando se trata da articulação entre os serviços de urgência e emergência e a Atenção Básica, ou mesmo da articulação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com os serviços especializados das redes de atenção à saúde. Portanto, ainda precisamos produzir mais estudos que abordem essa temática das urgências e emergências no âmbito do território ribeirinho.

A presente dissertação provocou um mundo de inquietações e de reflexões acerca da vivência de usuários da área ribeirinha. A questão que nos mobilizou e afetou foi as possibilidades de promover o cuidado em saúde em regiões tão distantes através das múltiplas redes que se produzem no convívio das comunidades e do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Nos faz pensar que não temos o ideal de equipe ribeirinha ou de trabalhador, mas pessoas e profissionais comprometidos com o seu lugar e com as mudanças necessárias para um “bem viver” pleno e total.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, N. “observação participante e “survey””: uma experiência de conjugação”. In: NUNES, E. O. (Org.). *A aventura sociológica; objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa social*. Rio de Janeiro, 1. ed. Zahar, 1978, pp. 125-151.

ALVES, M. L. F *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.

AMAZONAS. Secretaria de Estado do Amazonas – SUSAM. **Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019**, SUSAM. 2016.

AMAZONAS. Secretaria de Estado do Amazonas. **Atualização do manual de normatização do Tratamento fora do domicílio – TFD do Estado do Amazonas**. Manaus – AM, julho, 2019.

ANDRADE, G. O. "Furos, Paranás e Igarapés." Análise genética de alguns elementos do sistema potamográfico amazônico. **IN: XVIII Congresso Internacional de Geografia**. 1956.

ANTUNES, B. C. S *et al.* Rede de atenção às Urgências e Emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 2, e. 53766, p. 1-8, 2018.

ARIAS, M. E. A *et al.* Cuidar e ser cuidado pelas parteiras tradicionais: uma experiência de inclusão e diálogo intercultural no município de Alvarães, AM. In: SCHWEICKARDT, J. C. *et al.* (Org). **Parteiras tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 96-119.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2865-2875, 2012.

BITTENCOURT, M. M; AMADIO, S. A. Proposta para identificação rápida dos períodos hidrológicos em áreas de várzea do rio Solimões-Amazonas nas proximidades de Manaus. **Acta Amaz.**, Manaus, v. 37, n. 2, p. 303-308, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004459672007000200019&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 17 nov 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm . Acesso em: 20 jan 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. 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. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html. Acesso em: 17 mar 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 15 de mar 2019.

CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde. **Construção compartilhada – Mapeamento**. 2019. Disponível em: <http://cedaps.org.br/construção-compartilhada/mapeamento/>. Acesso em: 14 de jan 2019.

DYNIEWITZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

DOLZANE, R. S.; Schweickardt, J. C. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-774620000300514&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2021.

ESTERCI, N. Ética e Política Ambiental na Amazônia contemporânea. In: ESTERCI, N.; LIMA, D.; LÉNA, P. **Rede Amazônia: diversidade sociocultural e políticas ambientais**. Boletim Rede Amazônia, Rio de Janeiro ano 1, n. 1, 2002.

FERLA, A. A *et al.* 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: FERLA, A. A. *et.al.* **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

FERLA, A. A *et al.* Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. P. 9-20. In: FERLA, A. A.; SCHWEICKARDT, K. H. S. C.; GAI, D. N. **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019. 236 p. – (Série Saúde & Amazônia; 7).

FERREIRA, T. P. S.; COSTA, C. T. Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup*, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p. 269-281, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174p.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. - São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: Pinheiro, R.; Matos, R. A. **“Gestão Em Redes”**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, T. B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. – Salvador: EDUFBA, 2015, p. 261-275.

FRANGO, B. C. T. M.; BATISTA, R. E. A.; CAMPANHARO, C. R. V.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M. C. B. T. Associação do perfil de usuários frequentes com as características de utilização de um serviço de emergência. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, e. 1071, p. 1-8, 2018.

FRAXE, T. J. P. **Cultura cabocla-ribeirinha: mitos, lendas e transculturalidade**. São Paulo: Annablume, 2004.

FRAXE, T. J. P. **Homens Anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto do Governo do Estado do Ceará, 2000.

GADELHA, C. A. G *et al.* Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: **Saúde, desenvolvimento e território**. (Org). VIANA, A. L. A.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. Hucitec, 2009, p. 97-123.

GARCIA, A. C. O *et al.* Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 07 dez. 2020.

GARNELO, L *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81–99, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0081.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E (Org). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, p. 177.

GUIMARÃES, A. F *et al.* Acesso aos serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/article/view/698>. Acesso em: 23 dez. 2020.

HERMINDA, P. M. V *et al.* User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. **Rev Esc Enferm USP**. v. 52, e. 03318, 2018.

HEUFEMANN, N. E. C *et al.* A produção do cuidado no “longe muito longe”: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, v. 2, p. 102-113.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Glossário de termos genéricos dos nomes geográficos utilizados no mapeamento sistemático do Brasil. Rio de Janeiro, v. 1, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/maues/historico>. Acesso em: 15 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades e estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/maues.html>. Acesso em: 20 set. 2020.

JORGE, A. O *et al.* Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 125-145, 2014.

KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J. C. O território que corta os rios: a Atenção Básica no Município de Barreirinha, estado do Amazonas. In: CECCIM, R. B *et al.* (Org.). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. – 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, vol. 2, 2016. p. 195-225.

LIMA, R. T. S *et al.* Saúde sobre as águas: o caso da Unidade Básica de Saúde Fluvial. In: CECCIM R. B *et al.* (Org.). **Intensidades na Atenção Básica: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 2, 2016. p. 269-294.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, 2014.

MAUÉS. Secretaria Municipal de Saúde de Maués. **Plano Municipal de Saúde – PMS: 2014-2017**. Disponível em: <<http://sargsus.saudde.gov.br>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

MAXIMINO, V. S.; LIBERMAN, F.; FRUTUOSO, M. F.; MENDES, R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 435-447, 2017.

MEDEIROS, J. S. Caminhos da população ribeirinha: produção de redes vivas no acesso aos serviços de urgência e emergência em um município do Estado do Amazonas. 2020. 235p. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2020.

MELLO, G. A *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. - São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 70-83, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100070&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 30 Set. 2020.

MERHY, E. E *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: MERHY, E. E *et al.* (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016, vol. 1, p. 31-42.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F; MINAYO, C. S.; GOMES, R. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 61-77.

MONKEN, M.; GONDIM, G. M. M. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, V. J *et al* (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109-112.

MOURA, J. B.; FROTA, C. D. Transporte misto de cargas e passageiros através de barcos regionais (recreios) no Estado do Amazonas: Uma proposta para cálculo da modicidade da tarifa. **RECED – Revista Eletrônica Ciência e Desenvolvimento**, UFAM/ICSEZ, jan-jul, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. T *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 9 ed. São Paulo, Campinas: Pontes, 2008.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 104. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>. Acesso em: 12 Set 2020. pp. 9-17.

MORGADO, A. V.; PORTUGAL, L. S.; MELLO, A. J. R. Acessibilidade na Região Amazônica através do transporte hidroviário. **JTL-RELIT | Journal of Transport Literature**, Manaus, vol. 7, n. 2, pp. 97-123, Apr. (2013)

PEREIRA, F. R *et al.* O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. 2019, p. 92-107. In: SCHWEICKARDT, J. C.; KADRI, M. R. El.; LIMA, R. T. S. (Org). **Atenção Básica na Região Amazônica:**

saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. 1.ed. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019. 311 p.:il – (Série Saúde & Amazônia; 8). ISBN: 978-85-54329-26-6. DOI: 10.18310/9788554329266.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. A.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 302-314, 2018.

PORTELA, A. P. C. O território e as Redes Vivas de Saúde em uma comunidade flutuante no Amazonas. 2017. Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2017.

QUEIROZ, K. O. As lanchas “ajato” no Solimões: modernização pretérita e integração territorial. **Novos Cadernos NAEA**, v. 22, n. 1, p. 89–109, 10 abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/4900> . Acesso em: 05 dez. 2020.

ROS, C *et al.* Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **REME – Rev Min Enferm**, 2018.

SAMPAIO, J *et al.* Acesso e barreira: na peregrinação entre os pontos da rede de urgência e emergência o cuidado se fragmenta. In: MERHY, E. E *et al.* (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, vol. 1, 2016, p. 127-137.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, I. C. P. A. M. O “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo amazonas/am. 2020. 83p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas, 2020.

SCHWEICKARDT, J. C *et al.* Os caminhos do conhecimento pelas mãos das parteiras tradicionais do Amazonas: diálogos da escrita coletiva. In: SCHWEICKARDT, J. C *et al.* (Org). **Parteiras tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 12-27.

SCHWEICKARDT, J. C *et al.* Território na Atenção Básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: CECCIM, R. B *et al.* (Org). **In-formes da Atenção Básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede**. – 1. ed. - Porto Alegre: Rede Unida, vol. 1, 2016. p. 101-132.

SEMSA/MAUÉS. Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/MAUÉS. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, SEMSA/MAUÉS. 2019.

SOUZA, M. de F.; FIGUEIREDO, L. A. de; PINTO, I. C. Análise da utilização do serviço de pronto-socorro na percepção do usuário. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p.13-20, Jan/Mar. 2010. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5242/5731>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUZA, S. A. F. **Conhecendo Análise de Discurso: Linguagem, sociedade e Ideologia**. 1. ed. Manaus: Editora Valer, 2006.

TEIXEIRA, S. M. F. **Gestão de redes: a estratégia da regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

TEIXEIRA, P.; MAINBOURG, E. M. T.; BRASIL, M. Migração do povo indígena Sateré-Mawé em dois contextos urbanos distintos na Amazônia. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 531-546, 2009.

TOLEDO, R. F., PELICIONI. A educação ambiental e a construção de mapas falantes em processo de pesquisa-ação em comunidade indígena na Amazônia. *Rev. Interações* v. 5, n. 11, p. 193-213, 2009.

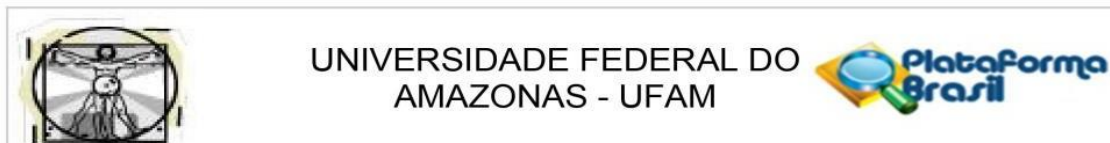
VIANA, A. L. A *et al.* Proteção social em saúde no Brasil: desafios de uma política para a Amazônia Legal. In: **Saúde, desenvolvimento e território** (Org). VIANA, A. L. A.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. Hucitec, 2009, p. 97-123.

VIEIRA, I.; FIGUEIREDO, M. C. F. Folkcomunicação e turismo cultural na Festa do Guaraná de Maués (AM). *RIF*, Ponta Grossa/ PR v. 17, n. 38, p.47-64, 2019. DOI - 10.5212/RIF.v.17.i38.0003.

YIN, R. K. **Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 1994.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Acesso da População Ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas.

Pesquisador: Júlio Cesar Schweickardt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99460918.3.0000.5020

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

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.982.202

Apresentação do Projeto:

Segundo o pesquisador responsável:

O objetivo da presente pesquisa é analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas tendo em vista o fortalecimento do sistema de saúde através da inclusão e da continuidade dessa população aos serviços de saúde. As políticas de saúde têm maior eficácia quando estão mais próximas da realidade das pessoas e os modos de vida no território para proporcionar acesso e qualidade na atenção. Adotamos a categoria de território líquido para retratar a realidade do território de várzea e das áreas que sofrem com o ciclo das águas, pelo fenômeno de seca e cheia e que impactam diretamente nas condições de vida e de saúde das populações ribeirinhas. As características do território estão diretamente relacionadas com o acesso dos usuários aos serviços de saúde, exigindo formas de acolhimento diferenciadas, oferta de serviços qualificadas e disponibilidade de profissionais ampliadas. A metodologia de pesquisa tem como cenário da pesquisa o Estado do Amazonas, especificamente as regiões de saúde do Triângulo (Médio rio Solimões) e Baixo rio Amazonas. Buscaremos analisar os principais desafios relacionados ao acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência (RUE) nessas regiões. Descrevemos a estrutura da Rede e serviços de saúde, buscando compreender a dinâmica das equipes de saúde, especificamente as equipes ribeirinhas e fluviais para analisarmos como os serviços impactam no acesso das pessoas aos serviços da RUE. A Rede de Urgência e Emergência necessita criar estratégias, juntamente com a Atenção Básica, de prevenção, promoção

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

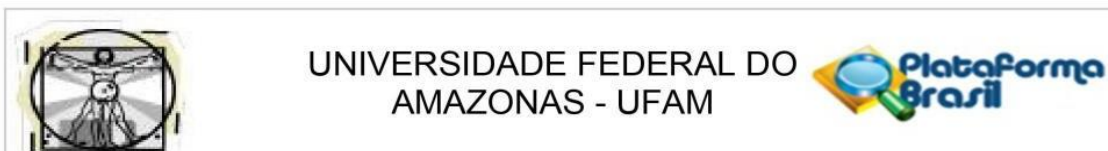
UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

e educação em saúde para melhorar a resolutividade das políticas de saúde em relação ao uso dos usuários desse território à RUE. Assim, para além de protocolos de assistência, é necessário discutir as formas de fazer saúde nesse território com tecnologias que valorizem os modos de vida e a realidade do território. Por fim, buscaremos analisar as dificuldades de acesso por parte da população, acompanhando, através da metodologia de usuário-guia, as pessoas que utilizam a RUE, identificando os fluxos através de suas redes e suas estratégias de buscar a saúde. Estamos propondo uma cartografia dos fluxos para melhor compreender o território e as formas de acesso produzidas tanto pela comunidade como pelos serviços. Desse modo, os sujeitos da pesquisa serão os gestores da saúde (secretário municipal de saúde, coordenador da Atenção Básica, Diretores de Hospitais), profissionais de equipe fluviais e ribeirinhas de saúde e usuários da RUE. O projeto tem como pressuposto a pesquisa compartilhada no diálogo com gestores, trabalhadores e pesquisadores, na tentativa de envolvimento e produção conjunta do processo de conhecimento para identificar as possíveis intervenções nas políticas para esse território específico da região. Os resultados da pesquisa são diretamente aplicados ao SUS com a contribuição na elaboração e no aprimoramento das políticas públicas para esse contexto específico, buscando produzir mais acesso e atenção com qualidade para a população ribeirinha da região Amazônica.

Metodologia Proposta:

Estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa para análise do acesso da população ribeirinha à RUE no Amazonas, com ênfase no estudo de 2 regiões de saúde. Os dados quantitativos serão pesquisados nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, IBGE, Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). Os dados qualitativos serão coletados nos 11 municípios selecionados pela amostra de conveniência nos hospitais regionais e municipais e respectivas regiões ribeirinhas. A pesquisa será realizada nos municípios de 2 regiões de Saúde do Amazonas: região do Triângulo – Tefé (município referência, Alvarães, Juruá e Japurá e Baixo Rio Amazonas – Parintins (município referência), Maués, Boa Vista do Ramos, Nhamundá, Barreirinha. Os sujeitos de pesquisa serão os seguintes: 09 secretários de saúde, 09 coordenadores da Atenção Básica, 09 Diretores de Hospitais; 60 trabalhadores das equipes das UBS-fluviais e 50 trabalhadores das equipes ribeirinhas; 18 usuários das regiões ribeirinhas dos municípios que acessam a Rede de Urgência e Emergência, que serão selecionados a partir das informações dos hospitais regionais

e municipais e pelas equipes de saúde fluviais/ribeirinhas. Coleta de Dados Primários Para analisar a capacidade instalada das UBS e sua relação com a RUE faremos entrevistas com os gestores municipais, além de observação de campo em algumas das unidades identificadas pelos gestores.

Para o mapeamento do fluxo da população no acesso da RUE faremos entrevistas com usuários e

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

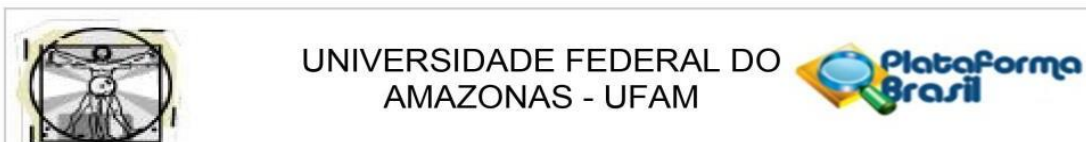
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

gestores para identificar os caminhos que os usuários percorrem e os modos como acessam os serviços da média complexidade, através da metodologia do usuário-guia. Posteriormente realizaremos uma cartografia dos fluxos, georreferenciando os pontos acessados. Para analisar a micropolítica da gestão do trabalho realizaremos estudos de caso, ao menos 1 equipe por município, utilizando roteiro semi-estruturado de entrevista com os profissionais desses territórios, incluindo equipes fluviais e de saúde ribeirinha. A coleta dos dados primários será realizada a partir do sexto mês ao décimo oitavo mês. Aplicaremos os instrumentos com os gestores e com as equipes de saúde.

Critério de Inclusão:

- Para profissionais: 1. Que atuem no Sistema Único de Saúde; 2. Que estejam atuando no município no período de no mínimo de um ano.
- Para os gestores municipais: 1. Que estejam atuando como secretário municipal, coordenador da Atenção Básica e/ou Direção dos hospitais dos municípios da amostra.
- Para os usuários: 1. Que seja maior de 18 anos de idade; 2. Que more em área ribeirinha dos municípios; 3. Que seja usuário do SUS.

Critério de Exclusão:

- Profissionais de saúde e/ou gestores que estejam gozando de licença ou afastamento do cargo no período da pesquisa de campo ou que se recusarem a participar da pesquisa.
- Usuários menores de idade, indígenas, residentes fora do município ou na zona urbana e/ou que se recusarem a participar da pesquisa.

A descrição do perfil sócio-econômico será realizada a partir da base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio -PNAD; sobre o e epidemiológico dos municípios pesquisadores nos bancos dos sistemas de informação: E-SUS, Assistência Médica Sanitária -AMS, Vigilância Epidemiológica do Estado do Amazonas – FVS. Sobre as informações de internações hospitalares utilizaremos os seguintes sistemas: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Internação Ambulatorial - SIA, Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Sobre a descrição da rede de saúde do município e os profissionais de saúde será utilizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

Tamanho da Amostra no Brasil: 155

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

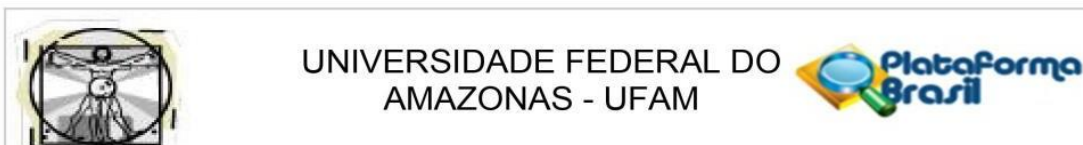
UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

Metodologia de Análise de Dados:

A análise estatística dos dados secundários será realizada através da montagem de um banco de dados no Programa Excel do pacote da Microsoft versão 8.0, e submetido a análise no programa estatístico "R". A análise estatística descritiva basear-se-á em cálculo de proporções, utilizando como parâmetro o intervalo de confiança de 95%. O nível de significância adotado para todos os testes será de 5%. As variáveis serão do tipo fechado, serão transformadas em categorias. Deste modo, o resultado final será uma tabela de contingência k variada, provavelmente esparsa. Utilizando a técnica de modelos de grafos log lineares, poderemos estudar a força de interação entre as variáveis envolvidas, estimando suas dependências condicionais. A análise dos dados qualitativos será através da transcrição da gravação das entrevistas na íntegra, e posterior análise de conteúdo (Bardin, 1995; Minayo, 1999) optando-se pela técnica de análise temática, seguindo as etapas propostas por Bardin (1995) de transcrição, leitura de profundidade, interpretação, categorização dos temas, considerando repetição e relevância. Para a organização da bibliografia e demais referências bem como a transcrição e análise dos dados, trabalharemos com o software MAXQDA. Trata-se de um software que viabiliza positivamente as análises qualitativas, principalmente no levantamento das categorias. Essas categorias serão criadas a partir de um grupo de dados que levantaremos tanto com gestores como com as equipes e usuários.

Coleta e análise de dados secundários prevista para 07/01/2019 a 30/09/2019.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência em duas regiões de saúde no Estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil epidemiológico das regiões de saúde do Triângulo (Médio rio Solimões) e Baixo rio Amazonas;
2. Descrever a rede de saúde e a distribuição das equipes de profissionais dos municípios nas duas regiões analisadas;
3. Analisar a capacidade instalada das urgências básica na atenção à saúde dos municípios;
4. Mapear os fluxos da população ribeirinha no uso da Rede de Urgência e Emergência;
5. Analisar a micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado das equipes de saúde ribeirinha e

Endereço: Rua Teresina, 495

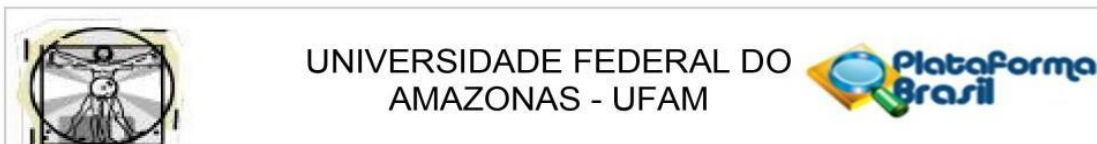
Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

fluvial na relação com a Urgência e Emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador, nesta resposta:

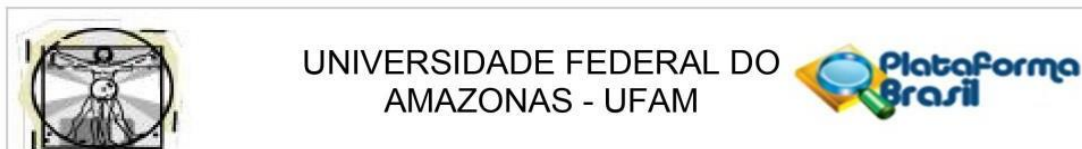
Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e na existência dos mesmos, seja de ordem emocional, psicológica ou moral, prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela restada para atender complicações e danos. E se comprovado que o participante da pesquisa sofreu qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa a instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa, ou seja, os participantes estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.” (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Vale destacar, ainda que existem garantia de ressarcimento e o modo como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). Para tanto, o principal benefício da pesquisa será contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde ribeirinha nos municípios do interior do Amazonas. Benefícios: Organizando seus conhecimentos através das entrevistas, criar-se-á um espaço propício à reflexão dos sujeitos acerca dos processos de trabalho da referência-contrarreferência da atenção básica e rede de urgência e emergência, o que poderá contribuir para a melhoria do fluxo dos pacientes e impactando na qualidade de saúde da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de resposta ao Parecer 2928224, do projeto do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - Centro de Pesquisa Leônidas e Deane, Manaus. Equipe de pesquisa: Alcindo Antônio Ferla, KATIA HELENA SERAFINA CRUZ SCHWEICKARDT, Luciano Bezerra Gomes, Cleudecir Siqueira Portela, ELAINE PIRES SOARE, FRANCICLEI BURLAMAQUE MACIEL,

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: Rua Teresina, 495 | CEP: 69.057-070 |
| Bairro: Adrianópolis | |
| UF: AM | Município: MANAUS |
| Telefone: (92)3305-1181 | E-mail: cep.ufam@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.982.202

Sônia Maria Lemos, MICHELE ROCHA DE ARAUJO EL KADRI, Solane Pinto de Solza, joana maria borges de freitas silva, BRENA SILVA DOS SANTOS, DANIEL DE SALES BARROSO, Nicolás Esteban Castro Heufemann, RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA, AMANDIA BRAGA LIMA SOUSA, Andrew Georg Wischneski, FRANCINE REBELLO PEREIRA, Bahiyyeh Ahmadpour Furtado, Fabiana Mânica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA. O arquivo Folhaderosto.pdf, 21/09/2018 13:04:37, foi assinada pelo pesquisador e pelo Diretor do ILMD/Fiocruz.

TERMOS DE ANUÊNCIAS: ADEQUADOS. Apresentados os Termos de Anuências das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios pesquisador, nos arquivos: Jurua.pdf, de 24/09/2018 19:19:22; Japura.pdf, de 24/09/2018 19:18:21; Maues.pdf, de 24/09/2018 19:23:51; Alavaraes.pdf, de 24/09/2018 19:19:43, Barreirinha.pdf, de 24/09/2018 19:18:48; Nhamunda.pdf, 24/09/2018 19:10:41 ; Parintins.pdf, 24/09/2018 19:10:52; Tefee.pdf, de 24/09/2018 19:11:02; Boavistadoramos.pdf, de 24/09/2018 19:13:37.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Apresentados, nesta resposta os Roteiro de Entrevista, nos arquivos INSTRUMENTOTRABALHADORES.pdf, de 15/10/2018 15:45:45, INSTRUMENTOUSUARIOS.pdf, de 15/10/2018 15:46:08, INSTRUMENTOGESTORESHOSPITAL.pdf, de 15/10/2018 15:45:21, INSTRUMENTOGESTORES.pdf, de 15/10/2018 15:44:34, e ainda indicados que serão pesquisador E-SUS, Assistência Médico Sanitária - AMS, Vigilância Epidemiológica do Estado do Amazonas – FVS. Sobre as informações de internações hospitalares utilizaremos os seguintes sistemas: Sistema de Internação Hospitalar – SIH, Sistema de Internação Ambulatorial - SIA, Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Sobre a descrição da rede de saúde do município e os profissionais de saúde será utilizado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

TCLE: Apresentado novo TCLE no arquivo TCLEPPSUS.pdf, 15/10/2018 15:47:26.

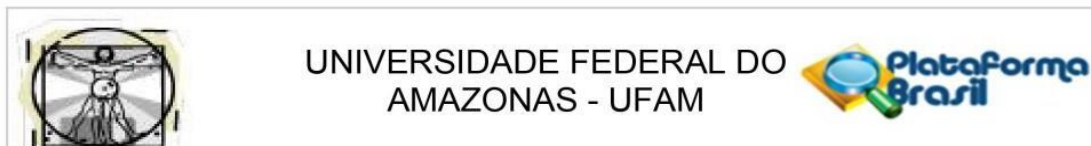
Recomendações:

Vide campo de "Conclusões, pendências e inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. No documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1219281.pdf, 24/09/2018 19:39:

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: Rua Teresina, 495 | CEP: 69.057-070 |
| Bairro: Adrianópolis | |
| UF: AM | Município: MANAUS |
| Telefone: (92)3305-1181 | E-mail: cep.ufam@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.982.202

48:

1.1. No item Riscos, enumerar objetivamente os riscos identificados para esta pesquisa e indicar as medidas para minimizá-los. Evitar termos de "gradação" do risco (mínimo, pequeno, etc). SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO SUFICIENTEMENTE.

1.2. Harmonizar o tamanho de amostra ao longo do documento e também no projeto completo, visto que foram declarados números diferentes: a) em "Metodologia proposta" a soma no texto resulta em 155 participantes; b) em "Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa: 175"; em "Grupos em que serão divididos" a soma nos grupos resulta em 95. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

1.3. Readequar o Cronograma na resposta, assegurando que contato com os participantes somente ocorra após a aprovação do protocolo pelo Sistema CEP/CONEP.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

2. No documento TCLE.pdf, de 21/09/2018 13:07:22.

2.1. Após o parágrafo dos objetivos explicar em linguagem simples as etapas da pesquisa, detalhando como será a participação do participante caso aceite, explicando todas as etapas (entrevista) e procedimentos e solicitando expressamente acesso a outros dados em bancos, se for o caso (Resolução 466/12-CNS, IV.3.a.).

2.2. O(a) pesquisador(a) deverá inserir no TCLE que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e deverá mencionar detalhadamente e objetivamente quais são nesta pesquisa e os modos de minimizá-los (Resolução 466/12-CNS, IV.3.b) . Não usar termos de gradação do risco (mínimos, pequenos, médios, grandes).

2.3. Solicitar explicitamente autorização para registro do som da entrevista com o participante, como será realizado, prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros (item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5º, incisos V, X e XXVIII)

2.4. O(a) pesquisador(a) deverá inserir no TCLE que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e deverá mencionar detalhadamente quais são nesta pesquisa e os modos de minimizá-los (Resolução 466/12-CNS, IV.3.b). Não usar termos de gradação do risco (mínimos, pequenos,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.982.202

médios, grandes). Lembrar a exposição dos trabalhadores ao expressarem opiniões sobre o serviço, e outros relativos aos demais grupos de participantes.

2.5. Solicita-se tornar mais claro a garantia de ressarcimento e o MODO como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa E DE SEU ACOMPANHANTE, quando necessário, e no caso de eventuais despesas ainda que não prevista inicialmente. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012).

2.6. Deverá estar expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). A redação atual não é suficiente.

2.7. Assegurar que tem garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe no serviço (Item IV.3.d, da Resolução CNS nº. 446 de 2012)

2.8. Inserir no contato do pesquisador principal o DDD 092, visto que são vários os municípios com participantes.

2.9. Inserir junto ao contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFAM (CEP/UFAM) uma breve descrição do que é o CEP para conhecimento do participante. (Itens IV.3.f e IV.5.d, da Resolução CNS nº. 446 de 2012)

2.10. Ao final inserir o campo de consentimento pós informação. Este deve ter redação simples, como "Li e concordo em participar da pesquisa" ou "Declaro que concordo em participar da pesquisa". Ressalta-se que não devem ser introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo. (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS).

2.11. Após o consentimento pós informação, como pesquisador indicar somente o pesquisador responsável junto ao Sistema CEP CONEP, e não os colaboradores, que o deve assinar pessoalmente, afinal são somente entre 95 e 175 TCLE a serem assinados (número a esclarecer na resposta).

ANÁLISE DA RESPOSTA À PENDÊNCIA 2: ATENDIDO. Novo texto apresentado o arquivo TCLEPPSUS.pdf, 15/10/2018 15:47:26.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

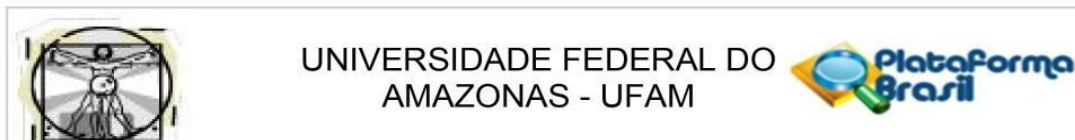
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

3. Inserir os Roteiros de Entrevista, para cada tipo de participante.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO

4. Caso dados de características individuais sejam obtidos nos bancos de dados citados, indicar quais são para avaliação da vulnerabilidade do anonimato.

ANÁLISE DA RESPOSTA: ATENDIDO, o pesquisador respondeu que este item não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

O protocolo atendeu todas as pendências e por isso está adequado às exigências da Resolução 466/2012-CNS e complementares

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1219281.pdf | 15/10/2018 16:04:22 | | Aceito |
| Outros | CARTARESPOSTA.pdf | 15/10/2018 16:01:49 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEPPSUS.pdf | 15/10/2018 15:47:26 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTOUSUARIOS.pdf | 15/10/2018 15:46:08 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTOTRABALHADORES.pdf | 15/10/2018 15:45:45 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTOGESTORESHOSPITAL.pdf | 15/10/2018 15:45:21 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTOGESTORES.pdf | 15/10/2018 15:44:34 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PPSUSPROJETOFINAL.pdf | 24/09/2018 19:38:38 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Maues.pdf | 24/09/2018 19:23:51 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Alavaraes.pdf | 24/09/2018 19:19:43 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |

Endereço: Rua Teresina, 495

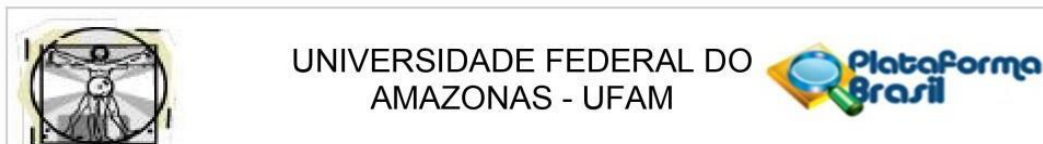
Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.982.202

| | | | | |
|---|---------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Jurua.pdf | 24/09/2018 19:19:22 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Barreirinha.pdf | 24/09/2018 19:18:48 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Japura.pdf | 24/09/2018 19:18:21 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Boavistadoramos.pdf | 24/09/2018 19:13:37 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Tefee.pdf | 24/09/2018 19:11:02 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Parintins.pdf | 24/09/2018 19:10:52 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Nhamunda.pdf | 24/09/2018 19:10:41 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.jpg | 21/09/2018 13:10:28 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.jpg | 21/09/2018 13:04:57 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 21/09/2018 13:04:37 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 495
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários, Profissionais e Gestores do SUS

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas”**, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2440, e-mail julio.ilmd@gmail.com, em colaboração com o pesquisador Rodrigo Tobias de Sousa Lima do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2323, e-mail tobiasrodrigo@gmail.com, e a pesquisadora Michele Rocha de Araújo El Kadri, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia, telefone (92) 3621-2378, que vai estudar como funcionam os serviços de saúde, entendendo como as pessoas têm sido atendidas nas áreas ribeirinhas e pensar como os serviços podem melhorar a situação de saúde desta população.

A pesquisa tem como objetivo principal analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência em duas regiões de saúde no Estado do Amazonas. Além disso, busca-se também: descrever o perfil e a rede de saúde das regiões; analisar a capacidade instalada das urgências básica na atenção à saúde dos municípios; mapear os fluxos da população ribeirinha no uso da Rede de Urgência e Emergência; analisar o trabalho e o cuidado das equipes de saúde ribeirinha e fluvial nas regiões.

Sua participação é VOLUNTÁRIA e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. O local, horário e data das entrevistas serão realizadas de acordo com a disponibilidade e de comum acordo entre pesquisador e entrevistado. Caso aceite, você responderá a um roteiro de entrevista e terá total liberdade de não responder a qualquer pergunta do roteiro que por ventura considere constrangedora ou ainda de retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, inclusive após conclusão da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas, ficando sob a guarda do pesquisador principal. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade

Vale destacar, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e que na existência de riscos seja de ordem emocional, psicológica ou moral, prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela restada para atender complicações e danos. E se comprovado que o participante da pesquisa sofreu qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa a instituições envolvidas nas diferentes fases da



pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa, ou seja, os participantes estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa." (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Vale destacar, ainda que existem garantia de ressarcimento e o modo como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). Para tanto, o principal benefício da pesquisa será contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde ribeirinha nos municípios do interior do Amazonas.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com os pesquisadores no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus -AM, pelo telefone (92) 3621-2323 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, localizado na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP é um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

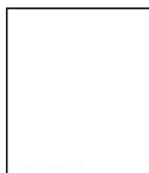
Consentimento Pós-Informação:

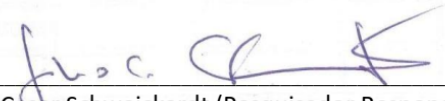
Eu, _____, fui informado pelo pesquisador dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos da entrevista, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, declaro que concordo participar da pesquisa.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante

Impressão datiloscópica





Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisador Responsável)

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES MUNICIPAIS

Projeto de Pesquisa: O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas

Informações Gerais

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: () F () M
4. Naturalidade:
Cidade: _____ Estado: _____
5. Formação: () Ensino Fundamental () Ensino Médio
() Graduação _____ () Pos-Graduação
Qual? _____
6. Função:
() Secretário de Saúde Tempo na Função: _____
() Coordenador da Atenção Básica Tempo na Função: _____

A Rede de Urgência e Emergência no município

1. Como está estruturada a Rede de Urgência e Emergência no Município?
2. O hospital recebe pacientes de outros municípios? Qual a média por mês? Quais municípios?
3. Como funciona a entrada dos pacientes no hospital?
4. Como acontece a entrada dos pacientes da área ribeirinha do município?
5. Há uma identificação para os pacientes vindos da área ribeirinha?
6. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área ribeirinha?
7. Há um protocolo para regular o acesso dos usuários da área ribeirinha?

Atenção Básica em Saúde no Município

1. Quantas equipes da Estratégia da saúde da Família há no município?
2. As equipes conseguem cobrir a área ribeirinha do município? Se não, como é realizada a atenção à saúde nas áreas descobertas?
3. Tem implantada equipe ribeirinha? Quantas equipes?
4. Tem equipe fluvial? Quantas equipes?
5. Ainda tem PACS?
6. Há um serviço de urgência básica nas UBSs do Município? Quais são?
7. Como a Atenção Básica referencia os usuários para a Urgência e Emergência?
8. Como é realizado o fluxo dos encaminhamentos para a RUE?
9. Como a equipe da Saúde da Família acompanha os usuários depois de encaminhados?

Gestão do Trabalho em Saúde:

1. Como são contratados profissionais que atuam nas equipes de saúde ribeirinha e fluvial?
2. Como se realiza o trabalho da equipe nas Unidades de Saúde?
3. Quais os principais desafios para o trabalho da equipe em relação às urgências e emergências nas áreas ribeirinhas?
4. Como se dá a relação entre as equipes de Saúde Fluvial e Ribeirinha com o hospital no município?

Fluxos dos usuários à RUE

1. Qual é o fluxo dos usuários para acessar os serviços da RUE?
2. Que tipo de transporte os usuários da área ribeirinha utilizam para acessar os serviços de RUE?
3. Qual a estrutura do município para realizar o transporte sanitário das comunidades ribeirinhas?
4. Quais são as dificuldades em relação ao transporte sanitário?
5. Qual o tempo médio do percurso para acessar os serviços da RUE?
6. Qual o custo do transporte sanitário para o município? Além do financiamento do município, há outro tipo?
7. Há algum tipo de ressarcimento dos usuários quanto ao transporte?
8. Como são encaminhados os pacientes para outro município ou para capital do Estado?
9. Como a população indígena acessa aos serviços da RUE?

Questões Finais

1. Como avalia a situação geral da Rede de Urgência e Emergência no município e na região de saúde?
2. Quais as estratégias seriam importantes de serem adotadas para melhorar a situação do acesso dos usuários da área ribeirinha?
3. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!

ANEXO D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DE HOSPITAL

Projeto de Pesquisa: O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas

Informações Gerais

7. Nome: _____
8. Idade: _____
9. Sexo: () F () M
10. Naturalidade:
Cidade: _____ Estado: _____
11. Formação: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação
12. Função:
() Diretor
() Coordenação

A Rede de Urgência e Emergência no município

8. Como está estruturada a Rede de Urgência e Emergência no Município?
9. O hospital recebe pacientes de outros municípios? Qual a média por mês? Quais municípios?
10. Como funciona a entrada dos pacientes no hospital?
11. Como acontece a entrada dos pacientes da área ribeirinha do município?
12. Há uma identificação para os pacientes vindos da área ribeirinha?
13. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área ribeirinha?
14. Há um protocolo para regular o acesso dos usuários da área ribeirinha?
15. Como são acolhidos os acompanhantes dos pacientes?
16. Tem casa de apoio para usuários/acompanhantes de outros municípios?
17. Como a população indígena acessa os serviços de UE?

Fluxos dos usuários à RUE

10. Qual é o fluxo dos usuários para acessar os serviços da RUE?
11. Que tipo de transporte os usuários da área ribeirinha utilizam para acessar os serviços de RUE?
12. Qual a estrutura do município para realizar o transporte sanitário das comunidades ribeirinhas?
13. Quais são as dificuldades em relação ao transporte sanitário?
14. Qual o tempo médio do percurso para acessar os serviços da RUE?
15. Qual o custo do transporte sanitário para o município? Além do financiamento do município, há outro tipo?
16. Há algum tipo de ressarcimento dos usuários quanto ao transporte?
17. Como são encaminhados os pacientes para outro município ou para capital do Estado?

18. Como avalia o sistema de regulação para encaminhamento dos pacientes a outro nível de atenção?

Questões Finais

4. Como avalia a situação geral da Rede de Urgência e Emergência na Atenção Básica no município e na região de saúde?
5. Quais as estratégias seriam importantes de serem adotadas para melhorar a situação do acesso dos usuários da área ribeirinha?
6. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!

ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA

Projeto de Pesquisa: O acesso da população ribeirinha à rede de urgência e emergência no Estado do Amazonas

Informações Gerais

13. Nome: _____
14. Idade: _____
15. Sexo: () F () M
16. Naturalidade:
Cidade: _____ Estado: _____
17. Formação: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Graduação
18. Função:
() Trabalhador (a)
() Coordenação de equipe

Atenção Básica em Saúde e saúde ribeirinha no Município

10. Atua numa equipe de saúde da família ribeirinha – ESFR ou Fluvial - ESFF?
11. Se sim, como funciona uma ESFR/ESFF?
12. Descrever a área de abrangência da equipe.
13. Há um serviço de urgência básica nas UBSs do Município?
14. Quais os procedimentos em caso de urgência e emergência?
15. Como a Atenção Básica referencia os usuários para a Urgência e Emergência - RUE?
16. Como a ESFR/ESFF acompanha os usuários na RUE?

A Rede de Urgência e Emergência no município

18. Relatar como as pessoas acessam a Rede de Urgência e Emergência no Município.
19. Como os pacientes chegam até o hospital do município?
20. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área ribeirinha?
21. Há um protocolo para regular o acesso dos usuários da área ribeirinha na RUE?

Gestão do Trabalho em Saúde:

5. Como se realiza o trabalho da equipe nas Unidades de Saúde?
6. Como é organizado o processo de trabalho?
7. Há diferença entre o período da seca e da cheia?
8. Quais os principais desafios para o trabalho da equipe em relação às urgências e emergências nas áreas ribeirinhas?
9. Como se dá a relação entre as equipes de Saúde Fluvial e Ribeirinha com o hospital no município?

Fluxos dos usuários à RUE

19. Qual é o fluxo dos usuários para acessar os serviços da RUE?
20. Que tipo de transporte os usuários da área ribeirinha utilizam para acessar os serviços de RUE?
21. Qual a estrutura do município para realizar o transporte sanitário das comunidades ribeirinhas?
22. Como se dá a comunicação para o transporte sanitário?
23. Qual o tempo médio do percurso para acessar o hospital ou sede do município?
24. Como os usuários são acompanhados no retorno para a residência?
25. Como são encaminhados os pacientes para outro município ou para capital do Estado?

Questões Finais

7. Como avalia a situação geral da Rede de Urgência e Emergência no município?
8. Quais as estratégias seriam importantes de serem adotadas para melhorar a situação do acesso dos usuários da área ribeirinha?
9. Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

Obrigado pela colaboração!

ANEXO F – ROTEIRO PARA PRODUÇÃO DOS MAPAS

O ACESSO DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MAUÉS

Segue abaixo algumas questões norteadoras para a pesquisa

Qual a procedência do usuário? (nome da comunidade, polo)

Quando o ribeirinho de determinada área demanda serviço de urgência quais são os cuidados que ele recebe? Tipo:

- **Em relação ao fluxo:** Aciona o ACS da área ou não? Quem costuma fazer a primeira intervenção junto a esse ribeirinho? Dependendo da comunidade onde esteja para onde vai? Que tipo de transporte costuma usar? Qual a potência dessa embarcação? Quanto tempo leva aproximadamente esse deslocamento?
- **Vocês tem algum** ponto de apoio que atenda esse ribeirinho na área? Existe rádio ou telefone na comunidade dele? Os gastos com gasolina e óleo são custeados por quem? Quando ele chega em Maués, existe alguma casa de acolhida ou abrigo para os familiares? Se o caso não puder ser resolvido em Maués para onde essa pessoa é encaminhada? Como se dá esse fluxo? **OBS: é importante destacarmos se esses fluxos acontecem diferente na época da cheia e seca.**
- **Quanto aos serviços de saúde:** Qual a equipe de saúde responsável pela área? É assistido pela UBS Fluvial? Existe pontos de apoio, serviços de saúde próximo a esse ribeirinho? Quem são os profissionais (Tem médico? Enfermeiro? Assistente Social? Dentista? etc) que compõem os serviços de saúde mais próximo a esse ribeirinho? **OBS: é importante destacarmos se esses serviços acontecem de forma diferente na época da cheia e seca.**
- **Quanto as outras redes de cuidado que esse ribeirinho possa acionar:** Existe parteiras na comunidade? Elas costumam ser acionadas em casos de urgências? Existem rezadores? Benzedeiras? Pegadores de desmentidoras? Tem alguma liderança comunitária que costuma ser chamada? Tem alguém que oferece cuidados por meios de ervas, garrafadas, chás, emplastos? **OBS: é importante destacarmos se essas redes acontecem diferente na época da cheia e seca.**

Tem-se dois objetivos com essas informações: Primeiro, fazer uma descrição em forma de texto desses fluxos, serviços e redes de cuidados. Segundo deixar essas informações mais visual, construir um mapa ou outro recurso que possamos desenhar esses fluxos.

Sugestões: A coleta dessas informações pode ser trabalhadas em oficinas de educação em saúde, reunião de equipe, conversas com lideranças comunitárias, com barqueiros, pescadores, etc, a partir de registro fotográfico feito anteriormente pela equipe.

ANEXO G - QUESTÕES PARA DISCUSSÃO DOS CASOS

- O que vocês entendem por urgência e emergência?
- Quais os tipos de acidentes que necessitam de deslocamento para a sede?
- Dê exemplos de casos de urgência complexos para a equipe?
- Como ocorre esse acesso da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência?
- De que forma vocês e a gestão viabilizam esse acesso?
- Como vocês se articulam com a gestão municipal e hospitalar para acolher e atender às demandas de urgência?
- Como a gestão municipal organiza os fluxos da população ribeirinha aos serviços de urgência e emergência?
- Como é feita a referência e contra referência?
- Qual a distâncias com relação ao tempo de deslocamento das comunidades para a sede do município?
- Quais as diferenças desse atendimento nos ciclos das águas (cheia, seca)?
- O transporte da equipe e do usuário equipamentos de segurança, tem uma estrutura adequada?
- Qual a periodicidade da visita das equipes ou ACS?
- Vocês se sentem qualificados para o atendimento das urgências básicas e como entrar em contato com sua Equipe?