



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**

MARIA LAURA REZENDE PUCCIARELLI

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS RURAIS RIBEIRINHAS
AMAZÔNICAS: ESTUDO DE CASO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO
TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL DE
MANAUS.**

MANAUS – AM

2018



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**

MARIA LAURA REZENDE PUCCIARELLI

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS RURAIS RIBEIRINHAS
AMAZÔNICAS: ESTUDO DE CASO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE FLUVIAL DE MANAUS**

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

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS – AM

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

P977e

Pucciarelli, Maria Laura Rezende.

Estratégia Saúde da Família em áreas rurais ribeirinhas amazônicas: estudo de caso sobre a organização do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde Fluvial de Manaus. / Maria Laura Rezende Pucciarelli. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2018.

87 f.

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

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira.

1. Saúde Fluvial - Amazonas 2. Ribeirinhos 4. Serviços de Saúde Rural I.
Título

CDU 614 (811.3) (043.3)

CDD 362.104257098113

22. ed.

MARIA LAURA REZENDE PUCCIARELLI

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS RURAIS RIBEIRINHAS AMAZÔNICAS:
ESTUDO DE CASO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE FLUVIAL DE MANAUS

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 à populações indígenas e outros grupos em situação de vulnerabilidade

Aprovada em:de de

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira - Orientadora

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Arlete Lima Simões- Membro Externo

Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amazonas – SUSAM

Prof^ª. Dr^ª. Rodrigo Tobias de Sousa Lima– Membro Interno

Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que me ajudam construir histórias, me levantam todas as vezes que eu caio e me ensinam a buscar, ver e tentar, todos os dias, construir um mundo de bondade e alegria. Amo vocês com todo meu coração.

À minha irmã, que divide comigo o privilégio e os percalços de todos os momentos da vida. Meu amor e admiração por você são imensos!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que com seu infinito amor e bondade conduz meus caminhos sempre na companhia de pessoas iluminadas.

Aos meus pais, Maria Aparecida e Júlio, que nunca mediram esforços para me darem asas sendo sempre meu porto seguro de amor!

À minha irmã, Maria Giulia, que é minha melhor amiga, inspiração e exemplo de persistência, lealdade, e amor nesse mundo. Obrigada Maria, nunca conseguiria terminar essa dissertação sem sua ajuda!

Às minhas tias e minha avó que com suas orações e carinho imenso são fortaleza por todos os caminhos escolhidos.

À minha orientadora Prof^{ta} Dr^a. Maria Luíza Garnelo Pereira, que com toda sua sabedoria, conseguiu ser professora brava, mãe preocupada e amiga que escuta, em todos os momentos certos! Obrigada por toda ajuda, todos os ensinamentos e especialmente por acreditar em mim até o final.

Ao Prof^o. Dr. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, que foi o primeiro a me orientar na busca pela compreensão desse universo rico da Saúde Coletiva.

Aos professores do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-AM), que enriqueceram de maneira única meu conhecimento sobre saúde coletiva e sobre a vida.

Ao Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-AM), que com seu conjunto de profissionais e colaboradores foi o ambiente no qual a pesquisa nasceu para mim. Um agradecimento especial ao Ycaro pelo auxílio em todas as referências e publicações e aos amigos reconhecidos durante essa jornada, Evelin, Renata e Danilo, que com bom humor me ajudaram a driblar os momentos de desespero.

Aos colegas da minha turma do PPGVIDA, obrigada pelo companheirismo na alegria e na tristeza, na saúde e no desespero! Um agradecimento especial para Tais, Brena, e Daniel que entre cafés e conversas foram essenciais para conclusão dessa dissertação.

A minha irmã de farda e de vida Marcella que acompanhou de muito perto as alegrias e agonias desse caminho

Aos meus superiores, pares e subordinados da Marinha do Brasil, que eu tenho a sorte de chamar de amigos e participaram comigo dessa jornada. Um muito obrigada especial ao Capitão de Mar e Guerra Cláudio, Capitão de Corveta Lopes, Capitão-Tenente Patricia Lima, Tenente Robles, Tenente Hércules e Tenente Salam, essa missão seria impossível sem o apoio de vocês!

Aos meus amigos, de Mococa, Ribeirão Preto, Manaus e espalhados pelo mundo, vocês são muitos, incríveis e estão comigo pessoalmente, virtualmente, em memórias e no coração, sempre! Obrigada por fazerem meus caminhos mais bonitos e divertidos.

Ao Distrito de Saúde Rural,

À Equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Fluvial – Rio Negro. A energia, luz e comprometimento de vocês com cada atividade desenvolvida é inspiração para todas as pessoas que tem a oportunidade ímpar de conhecer esse trabalho de perto. Meu muito obrigada do fundo do coração pelo acolhimento, paciência e por me permitirem presenciar esse trabalho lindo!

À tripulação da Unidade Básica de Saúde Fluvial - Rio Negro que acolhe todas pessoas que pela unidade passam. Um agradecimento especial ao Delgado que foi minha companhia nas noites de escrita na cozinha e me contou muitas histórias dos mares e rios da vida.

Aquelas pessoas que mesmo que eu não tenha percebido e que também não tenham se dado conta fazem parte de caminhos que me trouxeram até aqui. Muito obrigada!

Foi aqui que eu aprendi...

Foi aqui que eu aprendi que o banzeiro é equilíbrio, aquela onda mansinha faz um movimento no coração deixando-o cada vez mais perto de nós mesmos.

Aprendi ainda que os rios por aqui só são menores que a alegria que encontramos no encontro de cada dia.

Essa floresta cheia de magia e mistério, só não encanta mais que a vida de todo dia, que por aqui é construída.

Que eu posso ser caprichoso ou garantido, mas o Amazonas garante aquela paixão caprichosa por seus rios, paisagens e pessoas.

Descobri também que nada faz mais parte da natureza humana do que encontrar mais de um lugar para fazer parte.

Essa dissertação, todas as pessoas que com ela conheci e todos os momentos que durante ela vivi estão em mim e comigo eu vou levar por onde for.

Maria Laura Rezende Pucciarelli

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa da área de atuação da Unidade “Rio Negro”	32
Figura 2 – Estrutura física do primeiro convés da unidade	39
Figura 3 – Estrutura física do segundo convés da unidade	39
Figura 4 – Foto da embarcação vista da comunidade.	40
Figura 5 – Foto do acesso à comunidade por escada durante a vazante do rio	40
Figura 6 – Foto da colocação da prancha de acesso da comunidade à unidade	41
Figura 7 –Foto da distância entre a embarcação atracada e a comunidade durante a chuva em um momento de vazante do rio	41
Figura 8 – Quadro de descrição das atividades que precedem a viagem da unidade Rio Negro	42
Figura 9 – Fluxograma da configuração geral de atendimento na unidade Rio Negro	45
Figura 10 – Fluxo Assistencial do programa HIPERDIA adaptado pela Equipe da UBSF Rio Negro	60
Figura 11 – Fluxo Assistencial do programa de Planejamento Familiar adaptado pela Equipe da UBSF Rio Negro	61

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o modelo assistencial utilizado pelas equipes de saúde da família na Unidade Básica de Saúde Fluvial Rio Negro. Buscou-se desvendar e compreender se existem adaptações no processo de trabalho para atenção básica à saúde na área rural, adaptações essas empreendidas ou necessárias. Foi realizado um estudo de caso, através de observação participativa e entrevista semiestruturada com os membros da equipe multidisciplinar para construção de uma abordagem relativa à visão dos profissionais sobre as adaptações dos processos de trabalho e a aplicação de diretrizes da ESF, uma vez que a proposta de conversão do modelo assistencial do barco é recente. Investigou-se a organização do atendimento diário desses profissionais na UBSF e quais são as responsabilidades e a atuação destes durante o período de preparação para a viagem. Buscou-se revelar se existia alguma especificidade no tipo de atendimento ofertado à população rural ribeirinha. A partir dessa perspectiva foi realizada uma descrição da rotina de trabalho, da interação da equipe e das adaptações realizadas para provimento do cuidado nesse modelo de unidade básica de saúde fluvial com estratégia de saúde da família.

Constatou-se que existem adaptações nesse processo de trabalho provenientes de fontes diversas. A equipe de saúde expandida, que possui farmacêutico e assistente social. O tipo de convivência das equipes instaladas no barco que difere daquelas da área urbana, uma vez que além do horário de trabalho estendido nesse modelo, a convivência também ocorre nos horários de descanso. Outros fatores contribuintes para as adaptações são a disposição física da equipe para prover o cuidado à saúde, uma vez que existe um deslocamento entre unidade de saúde e comunidade durante todo o período de atendimento, promovendo uma dinamicidade e momentos de encontro com usuários diferentes dos padrões encontrados em áreas urbanas. Essa equipe expandida permite que os fluxos de atendimento sejam organizados com uma descentralização do médico e divisão de responsabilidades entre outros profissionais. Essa equipe ainda permite que a resolubilidade do serviço de saúde prestado seja maior e mais longitudinal, com o fornecimento de medicações específicas e ações do serviço social, como aposentadoria e benefícios sociais. Outras adaptações estão relacionadas aos fluxos dos programas de saúde como HIPERDIA e Planejamento familiar, nos quais a equipe adaptou responsabilidades para realização de busca ativa de usuários e facilitação de acesso à medicação impactando em uma maior adesão aos programas. Sobre a aplicação das diretrizes da ESF, a territorialização é uma das diretrizes que a equipe melhor conseguiu interpretar e colocar em ação, entretanto devido à programação de viagens, ao grande número de comunidades e à paisagem amazônica é um processo longo que necessita de melhor apoio da gestão para sua efetivação. As diretrizes de acolhimento e agenda programada ainda não são compreendidas em sua totalidade, porém existe a realização do acolhimento durante o trabalho vivo em ato. Essa análise evidenciou que apesar da aplicação de algumas diretrizes da ESF, ainda existem lacunas de treinamento e apoio da gestão para uma maior efetividade da conversão do modelo assistencial biomédico.

O atendimento itinerante na região ribeirinha de Manaus, por ocorrer há aproximadamente 25 anos, apresenta algumas customizações devido as características próprias, relacionadas à paisagem, ao regime dos rios e a dificuldade de acesso da população à área urbana. A exploração da configuração desse atendimento, dos processos instituídos pela equipe e dessas customizações, por necessidades diversas, contribui para construção de uma reflexão acerca das demandas específicas dessa população em situação de vulnerabilidade e incita a discussão sobre estruturas e processos de trabalho capazes de oferecer resolutividade para essas demandas de saúde localidades rurais amazônicas.

Palavras-chave: Serviços de saúde rural. Processo de trabalho. Fluxograma descritor

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe and analyze the techno-assistential model used by work teams who take care of family health in Basic Fluvial Health Unit Rio Negro. It was sought to uncover and understand if there are adaptations in the work process for basic health care in rural areas, adaptations that were undertaken or necessary. A case study was conducted, through participatory observation and semi-structured interview with the members of the multidisciplinary team to build an approach related to the view of professionals on the adaptations of the work processes and the application of ESF guidelines, since the proposal to convert the assistance model of the boat is recent. It was sought to find out if there was any specificity in the type of care offered to a rural population. It was investigated how the daily attendance of these professionals in the health unit is organized and what are their responsibilities and performance before and during the boat displacement. From this perspective, a description of the work routine, the team interaction and the adaptations made to provide care in this model of basic river health unit with family health strategy was carried out. It was found that there are adaptations to this work process from various sources. The expanded health team, which has a pharmacist and social worker. Other factors contributing to the adaptations are the team's physical disposition to provide health care, since there is a displacement between the health unit and the community during the entire period of care, promoting dynamism and moments of meetings with users different from the standards found in urban areas. This expanded team allows the flows of care to be organized with a decentralization of the doctor and division of responsibilities among other professionals. This team also allows the resolubility of the health service provided to be greater and more longitudinal, with the provision of specific medications and social service actions, such as retirement and social benefits. Other adaptations are related to the flows of health programs such as HIPERDAY and Family Planning, in which the team has adapted responsibilities to carry out active search for users and facilitate access to medication, impacting on greater adherence to the programs. About the application of the ESF guidelines, territorialization is one of the guidelines that the work team was better able to interpret and put into action. However, due to travel schedules, the large number of communities and the Amazonian landscape, this is a long process that needs better support of management for its effectiveness. The reception/welcoming guidelines and scheduled agenda are not yet understood in their entirety, but the reception takes place during the work act. This analysis evidenced that despite the application of some ESF guidelines, there are still gaps in training and management support for a more effective conversion of the biomedical assistance model. Attendance to these rural populations started as public policy in 2011, but this has already been happening in Manaus for 25 years, and it has important characteristics to be described and understood in the search for a specific work process. This process should aim at the construction of actions that meet the health needs of this rural population, which is often in vulnerable situations.

Keywords: Rural health services. Work process. Descriptor flowchart.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DISAR	Distrito de Saúde Rural
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IMAZON	Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial
Esff	Equipes de Saúde da Família Fluviais
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1. Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família	18
2.2. Modelos Assistenciais	21
2.3. Cuidado e Coordenação do Cuidado	22
2.4. Processo de trabalho e Processo do trabalho em Saúde	24
2.5. Fluxograma descritor e Fluxograma Analisador	25
2.6. Território em Saúde	27
2.7. Dispositivos legais que regulamentam a organização da ESF em espaços rurais	29
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVOS	31
4.1. Objetivo Geral	31
4.2. Objetivos Específicos	31
5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	31
5.1. Tipo de Pesquisa	31
5.2. Local de realização da pesquisa, população de interesse	32
5.3. Coleta de Dados	33
5.4. Análise dos Dados	35
5.5. Aspectos éticos e legais da Pesquisa	36
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6.1. Antecedentes da implantação da ESF na Unidade de Saúde Rio Negro	36
6.2. Configuração da assistência em saúde na UBSF Rio Negro	41
6.3. Processo de trabalho e rotinas reportadas pelos profissionais e as relações com as características do processo de trabalho da Estratégia de saúde da família	51

6.3.1. Territorialização e Especificidade no atendimento à população rural ribeirinha	52
6.3.2. Acolhimento	55
6.3.3. Programação da agenda	57
6.3.4. Fluxos dos Programas HIPERDIA e Planejamento Familiar adaptados pela equipe de saúde.	60
6.3.5. Tipologia da equipe	63
6.3.6. Principais dificuldades relatadas pelos profissionais	66
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	74
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
10. APÊNDICE	79
10.1. Apêndice I – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada	79
11. ANEXOS	81
11.1. Anexo I – CNES da UBSF Rio Negro	81
11.2. Anexo II – Lista de padronização de medicamentos disponibilizados em assistência farmacêutica da unidade Rio Negro	83
11.3. Anexo III – Impressos criados pela equipe da unidade Rio Negro – HIPERDIA	84
11.4. Anexo IV – Impressos criados pela equipe da unidade Rio Negro - Planejamento Familiar	85
11.5. Anexo V – Questionário criado pela equipe da unidade Rio Negro para apoio à territorialização	86
11.6. Anexo VI – Impressos criados pelo setor de odontologia da unidade Rio Negro	88

1. INTRODUÇÃO

A expressão *atenção primária à saúde* (APS) é carregada de significados e conceitos construídos numa trajetória de relevância internacional. Sua primeira sistematização de princípios e diretrizes aconteceu em 1978, com a Conferência Alma-Ata. Desde então, muitas são as reflexões acerca de seus princípios e modelos de assistência (CUTOLO, 2000).

A implementação da atenção primária à saúde pode ocorrer de formas diferentes. Em alguns países, ela é desenhada como uma cesta de serviços básicos de saúde, voltados para as populações carentes. No Brasil, a política da atenção primária foi caracterizada como atenção básica à saúde. Apesar de não serem sinônimas, essas expressões podem ser usadas como tal e ambas são encontradas em documentos oficiais do sistema de saúde.

A Atenção Básica (AB) é definida como um conjunto de ações de saúde que busca atender às demandas individuais e coletivas, na promoção e proteção à saúde, bem como empreender ações com o objetivo de diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos, com o objetivo de causar impacto positivo na vida e saúde das pessoas (BRASIL, 2011). Em que pese a amplitude das ações previstas nas normas governamentais, e o entendimento das autoridades de que a AB deva ser entendida como estratégia para alcançar a cobertura universal, ela ainda reflete suas concepções de origem, atrelada a um conjunto restrito de ações direcionadas ao controle de doenças mais prevalentes (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Na busca de superar tais problemas, o Programa de Saúde da Família emerge em 1994, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde, saindo do modelo hospitalocêntrico, e estruturando a atenção básica como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, considerando que nela deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (CAMPOS et al., 2002; WHO, 2000).

O Programa Saúde da Família evoluiu para Estratégia com o objetivo de induzir a reorganização do modelo de atenção biomédico então majoritário na rede de atenção básica. O modelo assistencial da chamada AB tradicional pautava-se pela prioridade à demanda espontânea de casos de doenças, o que foi chamado de modelo assistencial queixa-conduta, no qual, a doença e a cura são o objeto e o objetivo da assistência (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A nova estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), propunha a reorganização do modelo assistencial para incorporar ações territorializadas, vínculo longitudinal com o usuário, monitoramento e prevenção de agravos na população adscrita,

classificação de situações de risco, vigilância em saúde, intersectorialidade, integralidade, educação permanente, monitoramento e avaliação de serviços e estímulo à participação popular como principais eixos de ação (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013) (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A Estratégia Saúde da Família e suas diretrizes foram delineadas para operacionalização em pequenas cidades e municípios cujas características são bastante distintas dos modos de vida na Amazônia. Em consequência, muitas das rotinas praticadas nesse modelo assistencial não se adequam às características de realidades como a analisada nesta pesquisa.

Dentre as condições necessárias para garantir a implantação do modelo assistencial proposto pela ESF, destaca-se o reordenamento do processo de trabalho da equipe de saúde da família, tido como elemento crucial para a efetivação das novas ações preconizadas (CARVALHO et al., 2012).

No campo da saúde a noção de processo de trabalho está ligada à definição de estratégias de tomada de decisão e de seleção de prioridades voltadas para abordagens dos principais problemas/necessidades de saúde de grupos e indivíduos atendidos pelas equipes de saúde. Entende-se que a organização do trabalho dita o fluxo do usuário dentro da unidade e do sistema de saúde, e que aquele se adequar às necessidades dos usuários. Uma vez que os processos de trabalho derivam do modelo assistencial e o plano de cuidado é definido pela equipe a partir da identificação de necessidades de saúde, esse conjunto de decisões e os modos como as equipes profissionais atuam para colocá-las em prática têm influência direta na produção do cuidado em saúde (MERHY, 1997; PEDUZZI, 2001).

Dentre as atividades preconizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família para alcançar o provimento de atenção integral, ganha destaque a realização de diagnóstico de saúde do território que favorece a identificação de prioridades de ação e identificação de grupos em situação de vulnerabilidade social e sanitária.

O conceito de território tem sido amplamente discutido em saúde, especialmente em APS. O território vai além de um espaço geográfico político administrativo, sendo constituído de dimensões tecnológicas, demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais, estando em constante mudança e construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Para além disso, sabe-se que o processo de saúde-doença, é pluricausal, sendo intimamente ligado aos contextos socioculturais e econômicos vigentes no território. Os espaços geográficos onde as pessoas estabelecem suas relações sociais e de trabalho exercem forte influência neste processo, por moldarem a reprodução social nos grupos atendidos pelas equipes de saúde, de onde emergem os problemas e questões

relativas a saúde e doença nessas populações (MONKEN; BARCELLOS, 2005). A problematização dos territórios torna-se ainda mais indispensável em contextos como o Amazônico, onde as interações das populações com seus territórios são constitutivas de identidades socioculturais e onde há um importante predomínio de doenças ligadas diretamente à natureza circundante.

O estado do Amazonas tem uma grande extensão geográfica (1.559.161,682 km²), com extensas áreas rurais onde vive menos da metade de sua população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014). A extensa malha fluvial abriga, provê sustento e influencia a vida e as condições de saúde de pequenas comunidades situadas em suas margens

Boa parte da população que vive em áreas rurais no Amazonas habita em localidades remotas, ribeirinhas e regiões interfluviais, que não dispõem de atendimento regular e adequado às suas necessidades de saúde. As poucas publicações disponíveis sugerem situações de alta vulnerabilidade sócio sanitária, elevadas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil elevada e carência de interiorização de profissionais e ações de saúde (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2011; SILVA et al., 2010; SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

As desigualdades sociais demarcam as condições de vida das populações que vivem na Amazônia brasileira. Segundo dados do IMAZON (2014), os estados da Amazônia Legal possuem índice de progresso social¹, em média, bem abaixo daqueles encontrados no Brasil. O índice de progresso social da Amazônia é de 57,31 enquanto a média nacional fica em 67,73.

É escassa a literatura científica que descreve as condições de vida e saúde das populações rurais ribeirinhas da Amazônia, dessa forma o IMAZON ao adaptar o IPS para comunidades destaca a dificuldade de dar visibilidade às comunidades que vivem no interior do Amazonas, devido à escassez de dados disponíveis sobre as mesmas. Para além disso, existe um grande viés formado pelas informações somente de áreas urbanas, que apresentam grandes diferenças das condições vigentes em zonas rurais (IMAZON, 2014).

¹ De acordo com o IMAZON, o progresso social deve ser entendido como o alcance das necessidades básicas de um povo e a construção de um ambiente favorável para o desenvolvimento pleno de seu potencial. O estudo do IMAZON construiu o índice de progresso social (IPS) mediante a avaliação de três dimensões: necessidades humanas básicas; fundamentos para o bem-estar e oportunidades. A avaliação do progresso social foi desenvolvida com o objetivo de identificar prioridades e necessidades sociais mais urgentes em cada município, buscando auxiliar dirigentes e movimentos sociais na tomada de decisões para resolução de problemas (IMAZON,2014).

A equipe do IMAZON adaptou o índice de progresso social (IPS) para aplicação em municípios e comunidades amazônicas. Se tomarmos como exemplo o IPS da área rural do médio Juruá no Amazonas (cujo valor é de 53), podemos perceber que o progresso social alcançado no Juruá rural é muito inferior ao IPS alcançado para o Brasil como um todo (IPS = 70) e também inferior ao índice alcançado na área urbana do mesmo município (IPS = 62). Os pontos mais críticos encontrados nas comunidades rurais, desse e de outros municípios amazônicos, são: educação básica e avançada, água e saneamento, moradia, comunicação e acesso a transporte, todos eles relacionados com as condições de saúde, cujos níveis insatisfatórios reduzem globalmente o índice de desenvolvimento social do município de Juruá, e em particular, de sua área rural. (IMAZON, 2014).

O baixo desenvolvimento social se agrava frente à menor oportunidade de acesso das populações rurais quando buscam por serviços de saúde. Em pesquisa baseada nos dados da PNAB para o Brasil como um todo, autores como Kassouf, (2005), demonstraram uma taxa de insucesso 40% maior para a população rural, em comparação ao insucesso da população urbana, quando a primeira faz a mesma demanda (KASSOUF, 2005).

Na busca de reduzir tais dificuldades a versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, propôs um conjunto de ações que visam atender necessidades específicas das populações rurais de algumas regiões do Brasil. Dentre um conjunto de alternativas possíveis, selecionamos os itens da PNAB 2011, que preconizam o atendimento de ESF mediante o uso de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), onde equipes de saúde da família poderiam atender populações ribeirinhas, provendo serviços de saúde diretamente no território ocupado por elas (BRASIL, 2011)

Após a publicação da PNAB 2011 a primeira UBSF implantada no estado do Amazonas foi uma UBSF na rede de atenção básica do município de Borba, que ficou conhecida na literatura como Igaracu. Lima et al., (2016) que publicaram um estudo de caso acerca do funcionamento desta UBSF, destacam que ali a organização da atenção à saúde se fez a partir de um modelo que abrange diferentes aspectos das necessidades de saúde, tais como a resolução de demanda espontânea e vigilância em saúde, além de enfrentar os problemas da saúde da população com priorização dos grupos vulneráveis .

Embora a PNAB 2011 faça referência à necessidade de estender a cobertura e adequação dos cuidados ofertados à população rural, este dispositivo legal tem ainda um teor muito vago, não apresentando orientações técnicas que subsidiem a adequação do modelo da ESF às singularidades

dos territórios rurais e nem apresenta uma proposta de modelo de atenção capaz de subsidiar uma política de atenção à saúde dessas populações.

Assim, o cenário multifacetado da região amazônica parece demandar uma revisão das estratégias de implantação da ESF e dos modos como deve se efetivar a almejada reorganização das práticas assistenciais. A PNAB 2011 estimulou a extensão de cobertura para populações rurais através da implantação de unidades básicas de saúde fluvial, cujos modos de funcionamento representam um desafio à organização habitual do processo de trabalho na atenção básica, gerando, em consequência, a necessidade de investigar realidades locais em que tais eventos estejam ocorrendo a fim de que a padronização universalista atualmente praticada no SUS possa ser problematizada, no que diz respeito à pertinência de suas rotinas para o atendimento a populações rurais de Amazônia.

Assim sendo, a partir do exposto, surgem perguntas relevantes no tocante de como as equipes de saúde operacionalizam o modelo assistencial preconizado pela ESF na área rural? E ainda, como está organizado o processo de trabalho nessas UBSF implantadas? Existem, e se sim, diferenças dos processos de trabalho prescritos e aqueles realizados na UBSF? No contexto rural específico da região, que ferramentas são utilizadas para realização do diagnóstico do território adscrito à UBSF? Que diferenças e semelhanças o modelo da UBSF e as práticas das equipes instituem no cuidado em saúde ofertado para a população que vive em espaço rural?

O presente trabalho investiga tais questões, com o objetivo de analisar as características de atuação e de organização do processo de trabalho na UBSF que atua em área rural do município de Manaus e de contribuir para o aprimoramento do cuidado em saúde ofertado a essas populações, cumprindo os princípios do SUS e, principalmente, entre eles, a saúde como direito de cidadania.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão do objeto de interesse da pesquisa e de eventuais estratégias de adaptação das atividades da Estratégia Saúde da Família no contexto rural amazônico, é necessário definir alguns marcos teóricos como guias das principais linhas de investigação desenvolvidas na pesquisa.

2.1 Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

É sabido que os princípios gerais da APS vêm da Conferência de Alma-Ata em 1978 e seu desenvolvimento posterior propiciou a disseminação das estratégias de APS em vários países do

mondo. Segundo Starfield, (2002), a Assembleia Mundial da Saúde enunciou a definição de APS como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1978).

No Brasil a atenção primária à saúde, foi denominada de Atenção Básica, sendo considerada uma prioridade pelas autoridades sanitárias, tendo a Estratégia Saúde da Família como principal estratégia de operacionalização é (CUTOLO, 2000; STARFIELD, 2002).

Na versão publicada em 2011 a PNAB traz uma definição das especificidades da ESF ali expressa como:

“[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011,p.54).”

Em revisão sistemática, Arantes, Shimizu & Merchán-Hamann, (2016) problematizaram a ESF, quanto aos seus avanços e desafios, comparando-a a APS tradicional. Os autores apontam, ESF como um modelo de atenção que integra as dimensões político institucional, organizativa e técnico assistencial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A dimensão político institucional diz respeito às ações políticas desenvolvidas na busca de reorganização da atenção à saúde. Já a dimensão organizativa relaciona-se as redes de referência dos serviços e as interações entre os diversos níveis de atenção. A dimensão técnico assistencial diz respeito aos trabalhos diários em saúde que fazem uso das técnicas e ações desenvolvidas pelos profissionais para produção do cuidado em saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O presente trabalho explorou principalmente as ideias, conceitos e aplicações práticas das dimensões organizativas e técnicos assistenciais, uma vez que ambas interferem e também constroem o processo de trabalho da equipe de saúde.

Resultados obtidos na revisão bibliográfica evidenciam que a dimensão político institucional favorece a promoção da equidade pelas equipes da ESF, em comparação à APS

tradicional. Os maiores desafios encontrados nessa dimensão estão relacionados a falta de financiamento e dificuldade de realizar ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

No que diz respeito à dimensão organizativa a literatura também constata ter havido uma expansão da oferta de cuidados em áreas rurais e municípios menores e também melhores resultados na execução das ações programáticas de saúde. Os desafios nessa dimensão relacionam-se a dificuldade de configurar a unidade de saúde da família como porta de entrada para o sistema de saúde e de efetivar a integração entre a AB e os outros níveis de assistência (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

De acordo com os mesmos autores, na dimensão técnico assistencial, a ESF apresenta melhores resultados quanto ao trabalho multidisciplinar e na materialização de ações como vínculo, humanização e acolhimento. Além disso, promoveu aumento do número de consultas de pré-natal e de exames ginecológicos. Os desafios colocados para esta dimensão estão ligados à dificuldade de desenvolver ações integrativas complementares, ações para grupos específicos como portadores de HIV e ainda a tendência de reproduzir, de forma acrítica, a lógica biomédica no trabalho em saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Segundo Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) o entendimento das atribuições específicas da equipe de saúde no contexto da ESF é essencial à análise dos processos de trabalho desse grupamento profissional, ganhando destaque a necessidade de:

“[...]conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000 p. 318).”

Apesar da ESF ter sido implantada há mais de 20 anos, Garnelo et al.,(2014) mostraram que, na região Amazônica, nas UBS com a ESF persistem características da AB tradicional, como cuidado orientado pela demanda espontânea, organização fragmentada do trabalho e com padrão

curativo. Se nas áreas urbanas ainda se verificam as supracitadas dificuldades para a implantação do modelo assistencial preconizado para ESF, pode-se inferir que tais limitações são ainda maiores nas áreas rurais da região.

2.2 Modelos Assistenciais

A ESF tem entre seus objetivos a mudança do modelo de atenção biomédico e curativo, vigente atualmente. Dessa forma, faz-se necessário a exploração do conceito e seus desdobramentos.

Modelo assistencial pode ser conceituado como a organização e gestão dos recursos tecnológicos, humanos e físicos para o enfrentamento das situações relacionadas à saúde. A construção dos modelos assistenciais se baseiam na compreensão do processo de saúde e doença, tecnologias e recursos disponíveis, além das decisões éticas e políticas que propiciam sua efetivação (JÚNIOR; ALVES, 2007).

Também pode ser abordado a partir da perspectiva de como o cuidado é construído, segundo definição a seguir:

“O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos” Merhy, (2000) *apud* Júnior & Alves,(2007).

Em revisão conceitual recente, Fertoni et al., (2015) constroem um panorama histórico e as conceituações de diferentes autores sobre modelos de atenção. Entre as décadas de 1980 e 1990, com a liberação política e a conquista dos direitos de cidadania no Brasil e a implantação do SUS, passa-se a criticar o modelo assistencial biomédico. No período também emerge a reflexão sobre modelos assistenciais alternativos que considerem as dimensões sociais e de vida cotidiana como determinantes de saúde, e, por consequência abrem-se novas áreas de intervenção na produção da saúde (FERTONI et al., 2015).

Dentre as diferentes concepções de modelos assistenciais, Teixeira (2006), problematiza a literatura, propondo uma ampliação de seu escopo:

“Modelos assistenciais, segundo Paim (1993, 1998, 1999) podem ser entendidos como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas

para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (TEIXEIRA,2006, p 24 e 25).

Fertonani et al.,(2015) refletindo sobre os diferentes conceitos aponta que:

“A denominação de “modelo tecnoassistencial” é utilizada por Merhy para designar um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, como uma “tecnologia do cuidado” operada por três tipos de arranjos tecnológicos: tecnologias leves, leve-duras e duras. Este autor contribui para o debate acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial hegemônico defendendo que para isso é necessário impactar o núcleo do cuidado, do “trabalho vivo sobre o trabalho morto”. Neste sentido, é preciso investir nas tecnologias leves do tipo relacionais, centradas nas necessidades dos usuários, invertendo o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e materiais. (FERTONANI et al., 2015, p.1871).”

Outros autores também refletem sobre o conceito de modelos assistenciais e suas variações terminológicas, destacando a dimensão do uso de diferentes ferramentas, técnicas ou não disponíveis de maneira articulada, para a produção de saúde de uma perspectiva ampliada. As principais diferenças entre os autores estão nas colocações sobre articulação de redes de saúde e na dimensão política dos modelos (FERTONANI et al., 2015).

Dessa forma, ao se compararem os modelos, os autores exploram que o modelo de atenção biomédico hegemônico é limitado para causar impacto positivo na vida das pessoas, uma vez que é focado no indivíduo e no sistema afetado pela patologia não considerando os determinantes amplos do processo de saúde e doença (FERTONANI et al., 2015).

O presente estudo busca explorar o modelo assistencial implantado na UBSF estudada e suas relações com o modelo assistencial proposto pela ESF, tomando como base a ideia de Merhy, acerca da necessidade de empreender mudanças do modelo assistencial vigente na AB no Brasil, considerando a dimensão relacional do trabalho em saúde, como elemento fundamental para concretização dessa mudança.

2.3 Cuidado e Coordenação do Cuidado

Outro conceito que guarda relação com a preconizada mudança do modelo de atenção e as proposições da ESF, é o conceito de cuidado. Ayres, (2004) caracteriza o cuidado como um momento de interação entre sujeitos, compreendendo uma dimensão intersubjetiva e uma dimensão prática que demanda meios para aliviar o sofrimento do outro. O autor entende que o

avanço tecnológico e científico que atualmente perpassa o cuidado e amplia sua efetividade também coexiste com uma crise de legitimação, ligada à forma mecânica do exercício dos papéis de médico e paciente, o que inviabiliza o ambiente de encontro necessário à prática do cuidado integral.

Autores como Cecilio, (2011) enfatizam o caráter multidimensional do cuidado, que compreenderia 6 dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

De interesse para o objeto da pesquisa são as dimensões profissional e organizacional. A dimensão profissional é caracterizada pelo autor como o encontro privado entre os dois sujeitos do cuidado – o profissional e o usuário – cuja interação seria mediada por três elementos essenciais à oferta do cuidado: a construção de um vínculo entre ambos, a qualificação técnica do profissional que oferta o cuidado e seu posicionamento ético frente às necessidades e sofrimento do usuário que o procura.

Inseridos na dimensão profissional do cuidado, com o objetivo de qualificá-lo, acolhimento, vínculo e corresponsabilização são elementos que direcionam o novo processo de trabalho que se busca instituir na AB (LOPES et al., 2015).

Garuzi et al., (2014), em revisão sistemática sobre a conceituação e aplicação do acolhimento, identifica três categorias empíricas a ele associadas, que emergiram dos artigos selecionados na revisão: (1) Acolhimento e vínculo, (2) Acolhimento e processo de trabalho em APS e (3) Acolhimento e avaliação em serviços de saúde. Na categoria acolhimento e vínculo, o estabelecimento de relação e confiança instituída no momento de acolhimento traduz o significado central da aplicação desse conceito. Já na categoria de acolhimento relacionado ao processo de trabalho, a centralidade está no uso do acolhimento como tecnologia leve de trabalho que, através da escuta e compreensão da demanda de saúde, favorece uma capacidade aumentada de resolubilidade.

Já a dimensão organizacional do cuidado, é descrita como:

“...aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder” (CECILIO, 2011,p.591).

A exploração dessas duas dimensões do cuidado, tal como proposto por Cecílio (2011), tanto permite apreender as dimensões afetivo-subjetivas das relações travadas entre cuidadores e usuários de serviço, quanto as prescrições e normatizações que orientam a organização do trabalho profissional dos membros da Equipe Saúde da Família e os modos como essas equipes efetivamente desenvolvem suas tarefas no cotidiano da unidade (CECILIO, 2011).

Dado o caráter formal-institucional da atuação das equipes de saúde faz-se necessário investigar também os modos como a provisão do cuidado é planejada e coordenada nos diversos níveis de atenção. Assim, coordenação do cuidado será definida aqui como a capacidade dos diversos serviços e ações de saúde se articularem, independentemente da localidade onde os mesmos são prestados. Com isso, tem-se que a coordenação do cuidado só pode se sustentar mediante a existência de uma rede de prestação de serviços que atenda às necessidades de saúde, de forma contínua buscando alcançar as expectativas de atendimento em saúde dos usuários (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011)

2.4 Processo de Trabalho e Processo de Trabalho em Saúde

O delineamento do objeto de pesquisa exige também a exploração do conceito de processo de trabalho em saúde.

A definição de processo de trabalho se vincula ao materialismo histórico que concebe o trabalho como a capacidade humana de produzir um objeto ou resultado a partir transformação da matéria prima, utilizando o meio ou instrumento necessário para obter o resultado que atenda às suas necessidades (CARVALHO et al., 2012). Essa perspectiva instaura uma reflexão, não apenas sobre a mecânica do trabalho, mas também sobre seu significado, uma vez que o trabalho não deve ser entendido somente como atividade operativa, mas também um modo de construir a relação homem/mundo (MERHY, 1997).

No Brasil as pesquisas no campo de saúde coletiva sobre o processo de trabalho em saúde iniciaram-se na década de 1970, ocasião em que referencial teórico priorizado era a abordagem marxista, com um enfoque na organização, na força de trabalho e no mercado da saúde.

Somente a partir da década de 1990, as pesquisas passam a abordar a dimensão relacional, dinâmica e subjetiva do processo de trabalho em saúde (CARVALHO et al., 2012). Essas abordagens mais recentes incorporaram novas teorias analíticas neomarxistas, que destacavam o padrão interativo, subjetivo, mediado pela comunicação e pelos resultados simultâneos do ato do trabalho (CARVALHO et al., 2012).

Outra especificidade da produção do trabalho em saúde é que nele são usadas ferramentas materiais e imateriais, e que, durante o momento do atendimento em saúde cria-se o espaço intercessor entre o agente do trabalho e seu destinatário, o usuário de saúde (MERHY, 1997). Esse espaço intercessor pode ser construído, não somente em torno da carência ou da falta relacionada à saúde, mas também com um cunho positivo como “um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo” (MERHY, 1997, p.15).

Nesse contexto, Schraiber et al., (1999) destacam que o processo de trabalho em saúde possui duas dimensões: uma relacionada à “ação produtiva de caráter técnico” e a outra à “interação social, a prática comunicativa”. A primeira é relacionada a reprodução de técnicas, com resultados esperados a priori; já a segunda remete à vertente da comunicação, utilizada como prática do processo de trabalho na busca de compreensão e reconhecimento mútuo entre os membros da equipe e desta com os usuários (SCHRAIBER et al., 1999; PEDUZZI, 2001).

Peduzzi (2001) permite relacionar o tema de processo de trabalho à organização do modo de atuar de equipes de saúde, mediante a apresentação de uma tipologia de equipes engajadas na prestação de cuidados na AB. O primeiro tipo, que ela denomina de “equipe agrupamento” tem como características o simples agrupamento dos profissionais, com frágil integração das tarefas que desempenham, e a consequente justaposição de ações de saúde. No segundo tipo, denominado “equipe integração” a autora identifica uma consistente interação dos agentes que desenvolvem o processo de trabalho, o que permite que as atividades sejam executadas de modo articulado. O primeiro tipo é mais característico da atuação conhecida como “tradicional” na AB no Brasil. Já a atuação de equipe tipo integração é preconizada como um ideal de ação perseguido pela ESF.

De acordo com os princípios que orientam a atuação da ESF o provimento do cuidado integral em saúde pelas equipes de saúde da família demanda processos de trabalho que abranjam as duas dimensões, ou seja, que atendam tanto a ação de caráter técnico quanto a prática comunicativa, propiciando assim uma maior aproximação com a tipologia de equipe integração.

2.5 Fluxograma Descritor e Fluxograma Analisador

Os modelos assistenciais em saúde são constituídos de acordo com os processos de trabalho e as tecnologias utilizadas para produção do cuidado em saúde. (FRANCO, 2003).

O modelo almejado atualmente busca a produção de cuidado em saúde de forma centrada no sujeito e nas suas necessidades de saúde. Para concretização desse objetivo é necessário priorizar o foco em tecnologias leves de trabalho, buscando-se superar a hegemonia de

procedimentos de base biomédica que ainda predominam nos sistemas e serviços de saúde (FRANCO, 2003).

O mesmo autor identifica que a reorganização dos processos de trabalho, focada na prioridade dada ao uso e desenvolvimento de tecnologias leves de trabalho em saúde, tem a potencialidade de promover a mudança do modelo tecnoassistencial, do biomédico para o de promoção da saúde. Essa vertente de atuação teria como base a ampliação da liberdade dos trabalhadores priorizando-se a criatividade gerada por eles no trabalho vivo desenvolvido no cotidiano dos serviços, entendido como capaz de produzir as desejadas modificações na produção do cuidado (FRANCO, 2003).

Dentre as ferramentas de apoio às iniciativas de reestruturação do trabalho destaca-se a investigação dos fluxogramas que ordenam os processos de trabalho nos serviços de saúde. Autores como Franco,(2003) entendem que a análise dos fluxogramas viabiliza o conhecimento de como está configurada a produção do cuidado naquele momento e no local investigado, favorecendo a identificação de dificuldades, problemas e sugestões de melhorias daquele processo.

O autor caracteriza fluxograma descritor, como:

“... uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no serviço (FRANCO, 2003, p. 165)”

A literatura identifica outra modalidade, o fluxograma analisador entendido como uma ferramenta que possibilita a análise das finalidades, dos métodos e da motivação dos processos de trabalho. Nesse sentido, o fluxograma analisador também oferece também um caminho para realizar a gestão desse processo, e para aprimora-lo (MERHY, 1997) (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

Barboza & Fracolli, (2005), apontam o fluxograma analisador como uma ferramenta com potencial para favorecer a apreensão do processo de trabalho, para demonstrar a lógica ordenadora da racionalidade dos procedimentos técnicos nele implicados e possibilitar a visualização, reflexão e discussão sobre as práticas em saúde. Além disso, oferece a possibilidade de ser utilizado como uma ferramenta para autogestão do trabalho, facilitando e incitando a mudança dessas práticas nos serviços de saúde (BARBOZA; FRACOLLI, 2005).

2.6 Território em Saúde

Para concretizar as diretrizes da ESF o processo de trabalho de suas equipes deve contemplar uma atuação qualificada no território. Para tal fim, a compreensão dos aspectos inerentes à territorialização é essencial.

O território é uma categoria oriunda da geografia, que na área da saúde assume a conotação de um espaço resultante de condições históricas, culturais, ambientais e de relações de poder que nele existem (GOLDSTEIN et al., 2013), com forte interveniência nas situações de saúde ali encontradas. O trabalho na ESF é dependente da compreensão dessa dinâmica, pois o reconhecimento das características do território onde a equipe atua é o que permite uma boa caracterização da população adscrita, o conhecimento de perfis epidemiológicos e das necessidades de saúde da população que ali vive. (GOLDSTEIN et al., 2013). A territorialização da área de abrangência da unidade de saúde possibilita que a equipe de saúde atue de modo a ofertar respostas aos problemas de saúde que emergem da realidade social contida e reordenar seus processos de trabalho para atendê-los. (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Goldstein et al., (2013), citando Bitoun (2000), destaca três formas de territorializar, ressaltando que essas são relações de poder instituídas entre a equipe e os usuários e que ocorrem no território. São elas: o território da escuta (implicado na coleta de informações sobre a população e sobre o território em si); o administrativo (na busca pela articulação com o próprio território de abrangência da equipe e com outros territórios que forneçam acesso a recursos complementares) e ainda o das realizações (que é aquele onde se efetiva a realização do cuidado à saúde neste espaço) (BITOUN, 2000; GOLDSTEIN et al., 2013).

Na discussão sobre território, para o presente trabalho, é essencial a definição de território rural. Peres, (2009) em reflexão sobre as situações de saúde, meio ambiente e trabalho, a partir do estudo de diferentes fontes, coloca o território rural como (PERES, 2009):

“[...] espaço não urbanizado e de baixa densidade populacional, onde se realizam atividades econômicas diversas, as quais têm importante função na organização dos grupos populacionais (PERES, 2009, p.1996).”

Na região rural amazônica, existe ainda, a especificidade do rural ribeirinho que designa a localidade onde os grupos populacionais vivem e se organizam às margens dos rios. As características dos modos de vida dessas populações, que travam intensa relação social e econômica com seus territórios, também terão que ser problematizadas, para que se possa compreender suas necessidades específicas de saúde (COHEN-CARNEIRO et al., 2009).

A busca de literatura sobre saúde das populações rurais amazônicas evidenciou poucos títulos. Dentre os encontrados poucas são as publicações que versam sobre as situações de saúde em áreas rurais e essas tratam, no geral, sobre morbidades já instaladas, em contraponto às investigações sobre os modos de vida e a operacionalização de ações de saúde voltadas à população rural. Na literatura encontrada os autores apontam a existência de um padrão de invisibilidade dessa população, no tocante a políticas públicas direcionadas para ela. Apontam também que a verticalidade das políticas induzidas pelo Ministério da Saúde peca pela falta de conhecimento sobre as populações rurais amazônicas e não vêm logrando resultados positivos na promoção da melhora das condições de vida e de saúde, tendo até contribuído para reforçar a desigualdade em saúde (RUIZ; GERHARDT, 2012).

A busca de alternativas de ampliação do acesso e do atendimento à saúde das populações ribeirinhas amazônicas há algum tempo vêm sendo exploradas pelos gestores de saúde. No Plano Estadual de Saúde do Amazonas do biênio de 2010-2011, foram citadas as ações de saúde realizadas em parcerias com as Forças Armadas, com seus navios de Assistência Hospitalar e com Organizações não Governamentais (ONG's), como é o caso do Projeto de Atendimento Itinerante – Barco PAI. Ambos ofertam atendimento de saúde às comunidades ribeirinhas em regiões mais remotas no Estado (AMAZONAS, 2010).

Duarte et al.,(2015), em pesquisa sobre as regiões de saúde do Brasil, propuseram uma tipologia que classifica as regiões de saúde e seus municípios através do IDH, numa classificação que varia de 1, para aquelas com melhor IDH, até 5, número que descreve aquelas com os piores indicadores nesse índice. O uso da tipologia de Duarte et al. (2015) mostrou que 46% das regiões de saúde no Norte do país obtiveram notas que variaram entre 4 e 5, sendo que a maior concentração de regiões com nota 5 ocorreu na região amazônica e no semi-árido nordestino, que despontaram como os espaços com o pior desenvolvimento humano no país (DUARTE et al., 2015).

Em estudo dirigido à investigação da saúde bucal Silva et al.,(2010) observaram que as regiões com maiores percentuais de pessoas que nunca foram atendidas por um cirurgião dentista são o Nordeste com 21,65% e o Norte com 16,56% da população.

Dessa forma, em que pese a escassez de publicações sobre as situações de saúde da região Norte e principalmente nas áreas rurais, é inegável a existência de lacuna expressiva na oferta de cuidado em saúde para os habitantes dessa região.

2.7 Dispositivos legais que regulamentam a organização da ESF em espaços rurais

A PNAB publicada em 2011 regula a oferta de ações de saúde para populações específicas, aí incluídas as populações ribeirinhas. Dentre suas recomendações consta a implantação da Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) em embarcações com estrutura adaptada para atendimento em saúde, visando a operacionalização da atenção básica no contexto rural através de equipes de saúde da família nela instaladas em (BRASIL, 2011). A mesma PNAB também descreve a estrutura física da UBSF) e a composição da equipe de saúde da família fluvial (eSFF) que deve prestar serviços às populações ribeirinhas (BRASIL, 2011).

No que diz respeito à estrutura física a UBSF deve conter consultório médico, de enfermagem e odontológico; ambiente para armazenamento e dispensação de medicamentos; laboratório; sala de vacina; banheiros; expurgo e sala de procedimentos. Para a acomodação da equipe são necessárias cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe e cozinha. Além disso a PNAB, 2011 também enumera os equipamentos imprescindíveis ao funcionamento da UBSF. Já a equipe de saúde da família fluvial deve ser composta por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório, podendo ser expandida com mais profissionais de nível superior, como enfermeiros adicionais, assistentes sociais e outros profissionais (BRASIL, 2011)

O funcionamento da UBSF é descrito de modo muito superficial, sendo preconizado que o tempo de atendimento totalize pelo menos 20/dias por mês, aí incluídos o tempo de deslocamento e atendimento, organização para atividades de planejamento em terra e itinerários de viagem para que as comunidades recebam atendimento, no mínimo a cada 60 dias. Também é recomendada a manutenção das atividades básicas como acompanhamento à gestantes e puericultura (BRASIL, 2011).

A documentação oficial também regulamenta o custeio das atividades, bem como normatiza a construção, condições de funcionamento e a padronização visual da UBSF, através das portarias Portaria 2.490 de 21 de outubro de 2011; Portaria 1591 de 23 de julho de 2012; Portaria 290 de 28 de fevereiro de 2013 e Portaria 1.061, de 24 de maio de 2016.

3. JUSTIFICATIVA

A revisão da literatura efetuada na pesquisa evidenciou lacunas no conhecimento sobre as condições de vida e saúde de populações rurais no Brasil e na Amazônia em particular. Os poucos dados disponíveis são sugestivos de que esses grupos sociais enfrentam graves situações de vulnerabilidade social e sanitária, problemas que são agravados pela incipiência da rede assistencial e da fraca cobertura de atenção primária por ela ofertada.

Tal cenário de carências é objeto de reconhecimento por parte de políticas públicas que se expressam, por exemplo na publicação da PNAB, 2011 e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, publicada em 2011. Ambos documentos reconhecem os problemas enfrentados por tais populações e buscam alternativas para minorá-los. Entretanto, o caráter nacional – consequentemente genérico – de uma agenda política dessa ordem não é capaz, por si só, de garantir o desenvolvimento de orientações, atividades e estratégias que ofereçam parâmetros para atuação das equipes de saúde em cenários sociais e territórios amazônicos, sobre os quais o Sistema Único de Saúde pouco acumulou expertise, já que sua atuação rotineira na atenção básica é fortemente marcada por um caráter urbano.

No caso específico de populações rurais amazônicas deve-se também levar em conta – para além de perfis epidemiológicos e demográficos que habitualmente subsidiam o planejamento e a ação em saúde – especificidades ligadas a questões de cunho geográfico e cultural, bem como relações profundas e duradouras de tais grupos sociais com ambientes naturais como os rios e a selva, com forte interveniência na busca e acesso de serviços de saúde.

A complexidade de tais interações sociais e socio-naturais justifica a necessidade de desenvolver estudos que escrutinem realidades singulares, de modo a expressar um mosaico de situações socio-sanitárias vigentes no espaço amazônico, capazes de subsidiar e enriquecer as políticas de saúde dirigidas às populações rurais, contribuindo para superar o caráter vago e esquemático que constam nos documentos oficiais atualmente vigentes.

Uma das maneiras de iniciar a tarefa é investigar alternativas assistenciais desenvolvidas na Amazônia, em período antecedente ou concomitante à PNAB 2011, buscando desvendar potencialidades, acertos e erros, avanços e dificuldades, efetivamente ocorridos no plano concreto da oferta de serviços e ações de saúde, visando desenvolver subsídios para o aprimoramento do perfil de atividades assistenciais de APS, em espaços e para populações rurais. Tal necessidade justifica a escolha da unidade móvel fluvial Rio Negro vinculada à Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, que há aproximadamente 25 anos oferta atendimento itinerante à população rural do

município de Manaus. A longevidade dessa atuação, ainda que pautada por um modelo assistencial antecedente à implantação da estratégia saúde da família, gerou um acúmulo de experiências, que, devidamente analisadas e problematizadas têm potencialidade para enriquecer o debate sobre atenção à saúde de populações rurais no país.

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Descrever a organização do trabalho e modelo assistencial adotado pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, que atua em unidade básica de saúde fluvial (UBSF) no município de Manaus, Amazonas

4.2 Objetivos Específicos

Descrever os fluxos de atendimento proporcionados pelas Equipes de Saúde da Família estudadas, que atuam em unidade móvel fluvial rural.

Analisar o processo e organização do trabalho de equipes de estratégia saúde da família que atuam na unidade estudada.

Caracterizar a atuação das equipes de saúde da família da unidade básica de saúde fluvial acerca da especificidade do trabalho com populações rurais ribeirinhas de Manaus.

Identificar nas características organizativas da unidade, pontos de convergência e divergência com diretrizes e modos de atuação preconizados na Estratégia Saúde da Família e em particular as ações preconizadas para populações ribeirinhas.

5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

5.1. Tipo de Pesquisa

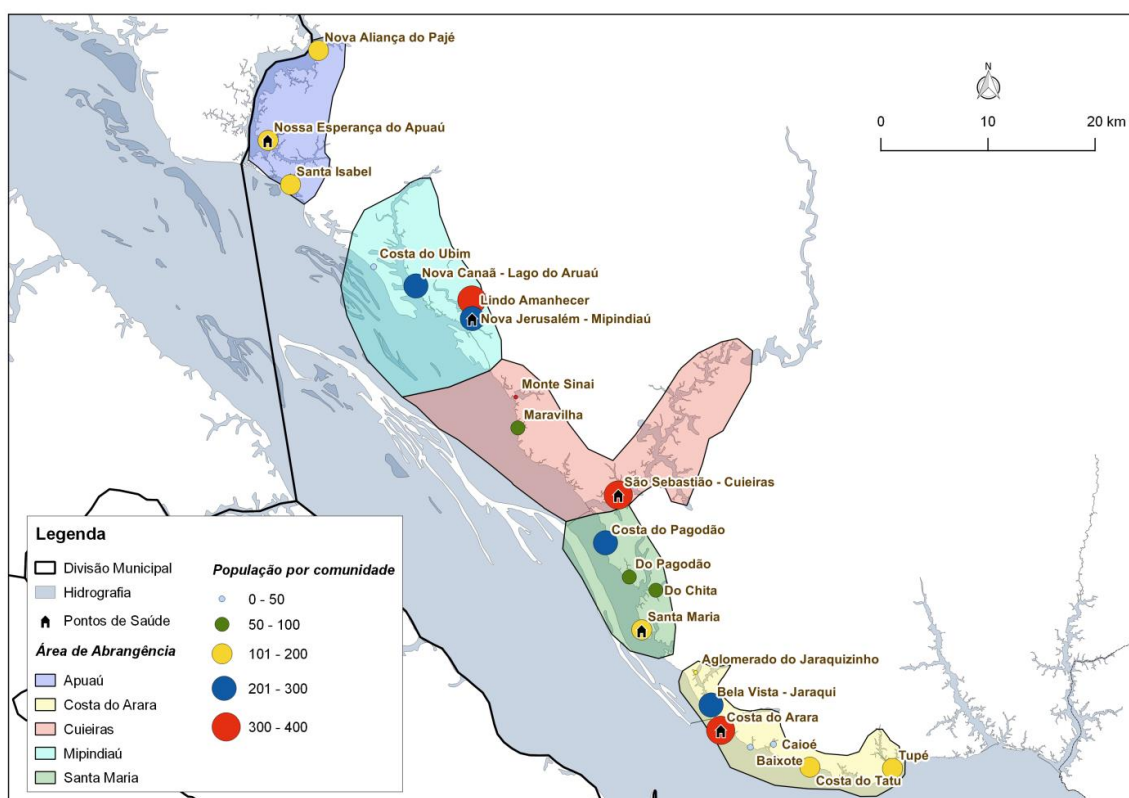
O estudo foi do tipo estudo de caso, que consiste em organizar os aspectos de um objeto mantendo seu caráter unitário. Foram utilizadas estratégias de investigação qualitativa com o objetivo de desvendar e realizar análises sobre o contexto que molda e atribui sentido ao objeto social investigado (MINAYO, 2014). A escolha por essa modalidade nos auxiliou na produção de

ideias sistematizadas sobre um objeto que possui uma restrita literatura acerca de suas características (MINAYO, 2014).

5.2. Local de realização da pesquisa, população de interesse

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Fluvial Rio Negro que presta serviços itinerantes à população que vive às margens do rio Negro, no trecho compreendido entre Manaus e Novo Airão.

Figura 1: Mapa da área de atuação da UBSF “Rio Negro”.



Fonte: DISAR/SEMSA-Manaus.

Mapa Elaborado por Fernanda Rodrigues Fonseca (ILMD/FIOCRUZ)

A população de interesse da pesquisa foram as duas equipes de saúde da família lotadas na Unidade Móvel Fluvial de Saúde da Família, identificada como “Rio Negro”, investigando-se a organização do trabalho e a interação entre os membros das equipes entre si e com os usuários da unidade durante o atendimento. Os profissionais das equipes participaram da pesquisa em dois

momentos diferentes. No primeiro momento, todos os profissionais foram observados durante sua rotina diária de atendimento na unidade. No segundo momento, profissionais da equipe foram selecionados para responder a entrevista semi-estruturada.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais com menos de 1 ano de atuação no serviço. Não houve recusas. Todos os entrevistados assinaram TCLE, em cumprimento ao disposto na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro 2012, do MS.

5.3 Coleta de Dados

A coleta dos dados visou produzir uma etnografia dos serviços de saúde prestados pelas equipes de saúde da UBSF Rio Negro, priorizando três dimensões da prestação de serviços de saúde que se mostram sensíveis à abordagem etnográfica: a compreensão de documentos escritos que regem relações e ações desenvolvidas no serviço; as rotinas que se instituem na interação cotidiana na equipe envolvida no atendimento; e os ideais e ideias defendidos pelos membros desse grupo, que são apreendidos através de discursos (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). A produção da etnografia, aqui entendida como uma “observação e descrição aprofundada dos fenômenos” (NAKAMURA, 2011, p. 97) apoiou-se em duas técnicas de coleta de dados: a observação das rotinas de prestação de serviços e a realização de entrevista semiestruturada com os prestadores de serviços de saúde favorecendo o acesso à realidade investigada.

A observação, desenvolvida de maneira sistematizada em busca de obter respostas sobre algum comportamento ou organização social (ANGROSINO, 2009), foi realizada com o pesquisador no papel de observador como participante, categoria na qual o pesquisador estabeleceu relação com os sujeitos como pesquisador, mas não desempenhou as tarefas do grupo como parte dele (ANGROSINO, 2009; MINAYO, 2014). A observação realizada teve tanto um caráter descritivo, definida por Minayo, (2014) como a observação livre de situações e momentos que guardam relação com o objeto, quanto um caráter de observação dirigida, ou seja, interessada num conjunto de temas necessários, a serem abordados e descritos, de modo a viabilizar a compreensão do objeto (MINAYO, 2014).

A observação foi realizada durante a viagem de rotina da UBSF, versando sobre o acompanhamento das atividades rotineiras de todos os setores da UBSF, a saber: sala de espera, sala de vacinação, farmácia, laboratório, consultório odontológico e todos os outros compartimentos nos quais aconteceram atividades relacionadas à produção do cuidado em saúde.

A observação das rotinas englobou todas as fases do atendimento, incluídas as atividades de preparo prévio das condições necessárias à prestação do cuidado, antes da chegada do usuário, bem como aquelas desenvolvidas após sua saída, como por exemplo registro de atividades e procedimentos. A partir das informações coletadas pela observação de tipo descritivo foi elaborado também o fluxo seguido pelo usuário no serviço investigado.

Já na observação dirigida foram acompanhadas mais especificamente as atividades que guardam relação com as premissas e diretrizes que caracterizam a estratégia saúde da família como, por exemplo, a realização de diagnóstico do território, construção de vínculo com o usuário, acolhimento, programação da demanda e realização de atividades de educação e promoção em saúde.

Também foram observados os momentos, formas e frequência de interação entre os profissionais que compõem as equipes, buscando apreender quais os motivos e contextos em que as interações ocorreram e quais seus resultados. Dentre os objetivos desta faceta da observação dirigida buscou-se apreender e descrever a tipologia da equipe, tal como previamente caracterizada no referencial teórico (PEDUZZI, 2001).

Todas as observações realizadas foram registradas no diário de campo, instrumento no qual o pesquisador relata as experiências e percepções relacionadas às observações, para posterior análise das informações coletadas e situações observadas (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A observação foi complementada pela realização de entrevistas que abordaram o conjunto de atividades técnicas, administrativas e logísticas que antecedem a viagem do barco; as rotinas de trabalho diário no barco; as especificidades do trabalho em saúde que viabiliza o atendimento à população ribeirinha, bem como a aplicação das diretrizes da ESF no trabalho da UBSF Rio Negro. Foram entrevistados sete profissionais de diferentes setores abrangendo os setores médico, de enfermagem, farmácia, odontologia e assistência social.

As entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos membros da equipe ofertaram apoio à caracterização da tipologia, modos de atuação da equipe de saúde e organização do trabalho na unidade. No Apêndice I estão dispostas questões norteadoras, elaboradas com base nas categorias teóricas que orientaram a pesquisa.

O roteiro elaborado teve como objetivo explorar a apresentação de pontos considerados relevantes, pelos profissionais, enfocando o modelo assistencial adotado na unidade, a produção e coordenação do cuidado em saúde e eventuais adaptações organizativas elaboradas pela própria

equipe, na tentativa de adaptar as rotinas preconizadas para a Estratégia Saúde da Família, para o contexto geográfico e condições específicas de vida da população rural atendida.

A coleta de dados de campo foi realizada no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, período no qual foram observadas reuniões que ocorrem no DISAR e precedem a saída do barco, viagem da unidade no mês de setembro de 2017 e entrevistas, somando-se aproximadamente 120 horas de pesquisa de campo.

Durante a viagem, a observação foi realizada diariamente nos intervalos compreendidos entre 6:00 da manhã, horário de início das atividades da equipe, em particular dos profissionais principalmente da área de enfermagem e odontologia que efetuavam o preparo prévio de materiais e equipamentos necessários ao atendimento, continuando ao longo do dia, até as 21:00, horário em que habitualmente todos os profissionais se recolhiam para o descanso noturno. A observação foi realizada em todos os setores do barco, sendo cada setor observado por pelo menos um período. Nesse período foram observados e descritos no diário de campo fatos relacionados a abordagem do profissional para com o paciente, a resolução da queixa do usuário e o fluxo do atendimento, de qual setor o usuário veio e para qual seria encaminhado.

As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas, sendo realizadas em período subsequente à viagem de observação, tanto para obter maior privacidade, quanto pela dificuldade em realizá-las na própria UBSF, devido a rotina atarefada vivida pelos profissionais durante a viagem de atendimento.

A decisão de encerrar o trabalho de campo foi determinada pelo método de saturação de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas. O diário de campo foi passado a limpo e corrigido em versão digital.

5.4. Análise dos Dados

A análise foi guiada pelos marcos teóricos previamente selecionados, que já haviam orientado a coleta de dados no campo. Na pesquisa as principais categorias analíticas, selecionadas com base na literatura que apoiou a construção da pesquisa, foram: modelo assistencial, processo de trabalho, tipologia, interação e reuniões da equipe de saúde, territorialização e especificidade do atendimento, operacionalização de atividades pelas Equipes de Saúde da Família em contexto rural, compreendendo subdimensões como acolhimento, programação de agenda, fluxo seguido pelos usuários no serviço.

A análise dos dados coletados foi precedida de uma leitura flutuante inicial dos dados, seguida por uma seleção das principais temáticas que emergiram do campo, empreendendo um cotejamento entre o material registrado no diário de campo obtido a partir das observações, e das entrevistas e conceitos previamente selecionados no marco teórico escolhido, buscando-se o alcance dos objetivos delineados para a investigação.

Em um segundo momento foi realizado um levantamento descritivo das rotinas de trabalho enunciadas pelos profissionais entrevistados, buscando a correlação com as atividades descritas no diário de campo. Em um terceiro momento foi realizado um rastreamento das enunciações que expunham as construções de significados das diretrizes da ESF para os profissionais e como essas eram aplicadas na rotina de trabalho da UBSF. As respostas dos diferentes profissionais acerca do mesmo tema foram comparadas para verificar se a área técnica de atuação de cada um influenciava na interpretação acerca da compreensão e aplicação das diretrizes da ESF.

5.5. Aspectos éticos e legais da Pesquisa

O projeto aqui proposto é um componente de um projeto mais amplo intitulado “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas” aprovado no Comitê de ética em pesquisa da Fundação De Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado sob o nº de parecer 1.742.086/2016.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Antecedentes da implantação da ESF na Unidade de Saúde Rio Negro

Na ausência de documentação que historicize as iniciativas governamentais de atendimento itinerante à saúde das populações rurais ribeirinhas do município de Manaus a única fonte de informação disponível foi a lembrança dos entrevistados, segundo os quais essa modalidade de prestação de serviços ocorre há aproximadamente 25 anos na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Os relatos apontam que a atual UBSF foi precedida de outras embarcações precariamente adaptadas para ofertar ações de saúde, com estrutura mais modestas que as condições atualmente encontradas. Entretanto as antigas embarcações tinham disponibilidade de profissionais para atendimento.

As viagens eram curtas, com duração de três dias sendo priorizadas as localidades que não contassem com postos de saúde, ou seja, desprovidas de qualquer forma de atendimento em saúde.

Segundo a descrição dos entrevistados o modelo assistencial naquela era época exclusivamente voltado para a demanda espontânea e baseado no padrão queixa-conduta.

Os relatos dão conta da dificuldade em manter viagens regulares devido a problemas mecânicos das embarcações, tendo havido momentos em que o deslocamento passou a ser realizado em botes de pequeno porte, devido a indisponibilidade da embarcação onde originalmente se fazia o atendimento. A mudança inviabilizava a realização de exames, a dispensação de medicamentos e a oferta de cuidado odontológico que demandavam espaço para os equipamentos e insumos necessários ao trabalho, resultando na redução da equipe, que passou a contar apenas com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem nas viagens.

Tal limitação só foi superada quando a Secretaria Municipal de Saúde passou a alugar barcos com estrutura melhor e tamanho maior que o dos pequenos botes, embora ainda inadequados para a realização do atendimento. Embora persistissem as inadequações, tal alternativa propiciou a recomposição da equipe e o retorno do atendimento farmacêutico, laboratorial e odontológico. Como o problema persistisse, um acerto institucional propiciou a cessão do barco Rio Negro, que pertence ao poder judiciário, para a SEMSA Manaus a fim de dar continuidade ao atendimento às populações rurais ribeirinhas do município. Tal acordo foi descontinuado durante um período, sendo retomado somente em 2012. Durante a interrupção do pactuação com o tribunal de justiça a equipe voltou a viajar em lanchas de pequeno porte e o conjunto de cuidados ofertados na unidade foi reduzido outra vez.

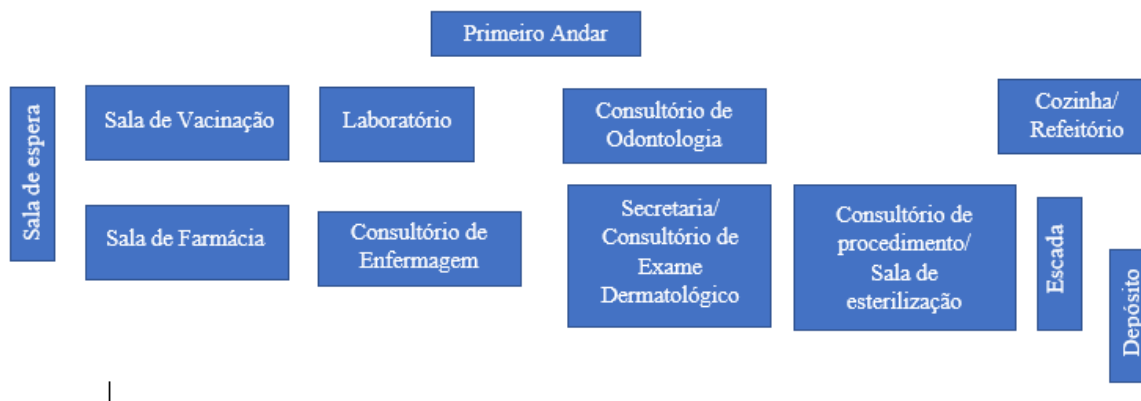
A reconstrução do histórico do atendimento fluvial ofertado pela SEMSA Manaus, com base nas memórias dos entrevistados, evidenciou as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde que ali trabalharam e a instabilidade e precariedade do atendimento ofertado à população rural. Ainda que os entrevistados não detivessem informações sobre as variáveis administrativas que impossibilitavam a manutenção preventiva das embarcações e mesmo a aquisição de novas unidades móveis de saúde, é possível inferir que tal instabilidade estivesse ligada a limitações orçamentárias da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, pois informantes destacaram que até 2013 o custeio das atividades era arcado exclusivamente pela SEMSA Manaus, pois não havia provisão de verbas ministeriais específicas para atividades dirigidas às áreas rurais. Embora a PNAB 2011, autorizasse o apoio técnico e financeiro à prestação de serviços de saúde voltados para populações rurais, as condições para fazer jus a tais repasses só foram alcançadas pela SEMSA Manaus 2 anos depois da publicação da PNAB.

Frente à necessidade de atender às normativas derivadas da PNAB 2011, em 2013 as equipes que já atuavam na unidade móvel Rio Negro foram convertidas em equipes de saúde da

família fluvial, efetivando-se o cadastramento no CNES, do barco Rio Negro como UBSF, bem como dos profissionais que nela atuavam. Tal iniciativa gerou a possibilidade de captação de novos recursos junto ao Ministério da Saúde, dando início à construção de duas UBSF que atendessem às especificidades contidas, na Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, que definia as condições mínimas a serem cumpridas para que uma UBSF possa ser reconhecida como tal, cadastrada no CNES e receber recursos oriundos do governo federal.

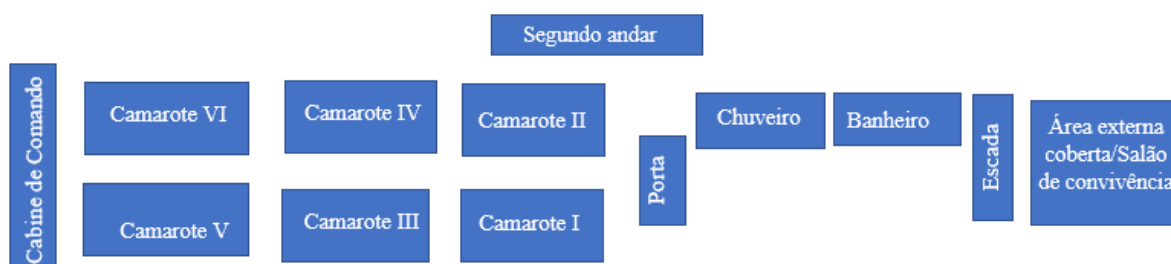
Tais iniciativas se prolongaram no tempo, de tal forma que à época da coleta de dados, a equipe permanecia atuando na embarcação Rio Negro, pois as novas unidades móveis permaneciam em construção. Nesse meio tempo a portaria 2.488/2011 foi revogada e substituída pela Portaria n° 2.436/GM/MS de 2017. Esta incluiu novas exigências de estrutura física, implicando em necessidade de reformular o projeto de construção, o que dilatou o tempo de entrega das novas UBSF, pois o projeto licitado para a construção havia seguido os padrões contidos na portaria 2.488, já revogada. Como a nova portaria instituía novos requisitos na estrutura física das unidades o projeto de construção teve que ser modificado; em consequência o processo licitatório também teve que ser alterado. Finalmente em julho de 2018 duas unidades nos modelos do MS foram recém-inauguradas na cidade e Manaus e as equipes da UBSF Rio Negro, investigadas nessa pesquisa passaram a desenvolver suas atividades nas novas unidades móveis fluviais. A unidade de Saúde Fluvial Rio Negro não foi originalmente desenhada para prestação do cuidado em saúde tendo sido adaptada para tal uso. A estrutura física da embarcação conta com dois conveses. O primeiro corresponde à área de atendimento, na qual estão dispostas as salas disponíveis para o funcionamento de cada setor. No porão há um depósito são armazenados os materiais de limpeza que serão entregues aos diretores das unidades terrestres (postos de saúde) disponíveis no território. No segundo convés ficam as acomodações da equipe. Uma área externa coberta é utilizada para reuniões da equipe e é, eventualmente utilizada para consultas caso haja algum imprevisto que impeça o deslocamento da equipe médica para a comunidade, onde habitualmente esta atividade é realizada. A distribuição do espaço nos dois conveses é apresentada nas Figuras 2 e 3.

Figura 2: Primeiro convés da embarcação, no qual ocorrem os atendimentos.



Fonte: Elaborado pela autora

Figura 3: Segundo convés da embarcação, no qual estão as acomodações da equipe.



Fonte: Elaborado pela autora

À época da coleta de dados a unidade móvel realizava atendimento em 15 localidades de sua área de abrangência, permanecendo ancorada em cada comunidade durante um turno de trabalho (manhã ou tarde). A sequência de atendimento iniciava pelas comunidades mais distantes de Manaus, na seguinte sequência de atendimento: Apuaú, Santa Izabel, Nova Canaã/Aruaú, Nova Jerusalém/Mipindiaú, Mipindiaú/Lindo Amanhecer, Monte Sinai/Igarapé Açu, São Sebastião/Cuieiras, Santa Maria, Boa Vista do Jaraqui, Costa do Arara e Tupé. Durante o período de atendimento, no mesmo dia a embarcação visita comunidades diferentes no período da manhã

e da tarde. A barra (/) colocada entre os nomes das comunidades descreve as comunidades onde essa logística de atendimento ocorreu.

As condições de acesso à unidade variam de acordo com a época do ano, pois dependem do regime de cheias e vazantes do rio, que alteram as distâncias e ampliam ou reduzem os obstáculos enfrentados por usuários e equipe para realização do cuidado. No período de seca não apenas as distâncias se ampliam, mas o acesso físico também é dificultado, pois praias, pedras, bancos de areia emergem dificultando a navegação; além disso, o baixo nível das águas impede a embarcação de ancorar nas proximidades das localidades. Os comunitários, por sua vez são obrigados a descer e subir em altos barrancos para alcançar a unidade, tornando esse deslocamento particularmente difícil para idosos, gestantes e deficientes físicos.

As figuras 4, 5, 6 e 7 ilustram tais obstáculos.

Figura 4 – Foto da embarcação vista da comunidade



Fonte: Maria Laura Pucciarelli, 2017

Figura 5 – Acesso à comunidade



Fonte: Maria Laura Pucciarelli, 2017

Figura 6 – Colocação da prancha de acesso na embarcação



Fonte: Maria Laura Pucciarelli, 2017

Figura 7 – Faixa de terra entre a embarcação e a comunidade



Fonte: Maria Laura Pucciarelli, 2017

6.2 Configuração da assistência em saúde na UBSF Rio Negro

Na época da pesquisa a unidade Rio Negro contava com duas equipes fluviais de saúde da família. Uma equipe era composta por 16 profissionais: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 técnico de higiene dental e 10 agentes comunitários de saúde. A segunda equipe, composta por 13 profissionais: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 técnico de higiene dental, 6 agentes comunitários de saúde e 1 auxiliar técnico em patologia clínica. Além das equipes de saúde da família descritas, a UBSF contava com os seguintes serviços especializados, descritos no CNES (ANEXO I): Atenção integral à Hanseníase, serviço de diagnóstico por laboratório clínico e serviço de farmácia. Para o oferecimento do serviço de farmácia e serviço integral a hanseníase a unidade contava com um farmacêutico e uma técnica em dermatologia.

Além disso, a UBSF também possuía em sua equipe de atuação a assistente social, que apesar de não estar presente na documentação oficial como membro da equipe, realiza viagens desde o

início das atividades da unidade itinerante de saúde da SEMSA. Durante as entrevistas foi exposto também que a unidade contava, em algumas viagens, com um médico e um enfermeiro extra.

Além dos profissionais de saúde a unidade móvel também dispunha de uma tripulação que dirigia a embarcação, preparava alimentação e efetuava a limpeza. A tripulação é composta pelo comandante, o chefe de máquinas, o cozinheiro, a auxiliar de cozinha e três auxiliares de serviços gerais. Todos esses profissionais, equipe de saúde e tripulação, conviviam e compartilhavam uma rotina de trabalho e pessoal durante o período de viagem.

A viagem de atendimento é necessariamente precedida de um conjunto de ações que visam prover insumos e outros recursos necessários para o deslocamento, pois a partir do momento que a UBSF sai da cidade de Manaus para se dirigir às comunidades, não há qualquer possibilidade de repor ou adquirir materiais que a equipe necessite.

Dadas a limitada disponibilidade de apoio administrativo na SEMSA Manaus, boa parte das tarefas de preparação da viagem é distribuída entre os diversos profissionais da equipe. Essas atividades, descritas conforme situações observadas e informações coletadas nas entrevistas, estão sistematizadas no Quadro 1:

Quadro 1- Descrição das atividades que precedem a saída da unidade desenvolvidas por cada profissional.

Atividades anteriores à saída da embarcação	
Médicos	-Reunião no DISAR -Solicitação de materiais para realização de pequenos procedimentos
Enfermeiras	-Reunião no DISAR - Organização de insumos necessários ao trabalho médico e de enfermagem e impressos onde serão registrados os procedimentos realizados pelas duas categorias profissionais. Essa lista inclui cadernetas de gestante, da criança e outros documentos utilizados no sistema de informação da atenção básica, receituários, solicitação de exames, etc. -Organização dos resultados de exames de cada paciente, que devem ser classificados por comunidade - Supervisão das tarefas desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem
Técnicos de Enfermagem	-Reunião no DISAR

	<p>-Preparo, organização e seleção de vacinas a serem ministradas, organização de mapas de controle de estoque, formulários de registro de doses aplicadas e preparação correta das vacinas para transporte segundo normas técnicas que preservam a cadeia de frio</p> <p>- Organização de preparo de materiais necessários à esterilização de materiais, curativos, coleta de exames e outras atividades de apoio ao trabalho médico e de enfermagem.</p> <p>-Acomodação, na UBSF, dos insumos necessários ao atendimento médico e de enfermagem</p>
Dentista	<p>-Reunião no DISAR</p> <p>-Recebimento do material odontológico e do técnico para a vistoria dos equipamentos da odontologia (escala mensal).</p> <p>-Organização dos impressos próprios do setor.</p>
Técnicos de Higiene dental	<p>-Reunião no DISAR</p> <p>-Organização do material necessário à realização de procedimentos odontológicos.</p> <p>-Organização do material utilizado em ações de educação, de prevenção de agravos e promoção à saúde bucal</p> <p>-Acomodação, na UBSF, do material odontológico a ser utilizado no atendimento (escala mensal).</p>
Farmacêutico	<p>-Permanece na unidade desde manhã, no aguardo da chegada da medicação e materiais químico-cirúrgicos de uso na unidade e para serem distribuídos nos postos de saúde nas comunidades.</p> <p>-Organização dos impressos próprios do setor para execução de ações de atenção programática</p> <p>- Organização dos dados dos usuários cadastrados nos programas HIPERDIA, Planejamento Familiar e Pré-Natal.</p>
Bioquímico e Técnico em Patologia Clínica	<p>-Reunião no DISAR</p> <p>- Organização e preparo de materiais necessários à coleta de exames e realização de exames laboratoriais, impressos, mapas de registro das ações realizadas</p> <p>-Acomodação, na UBSF, dos insumos necessários à realização de exames complementares de diagnóstico.</p>
	-Reunião no DISAR

Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> -Articulação com entidades sociais no período antecedente à viagem para prover apoio necessário às demandas das famílias -Agendamento previdenciário para os comunitários - Auxílio nos encaminhamentos de referência e contra referência -Busca de alternativas e gestão para aquisição de dispositivos auxiliares (cadeiras de rodas, próteses, etc)
-------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora, 2018

O Quadro 1² evidencia que a maioria da equipe se faz presente na reunião de alinhamento que ocorre na manhã da viagem da UBSF, com exceção do farmacêutico e de um dos profissionais do setor de odontologia, conforme demonstrado no quadro supracitado.

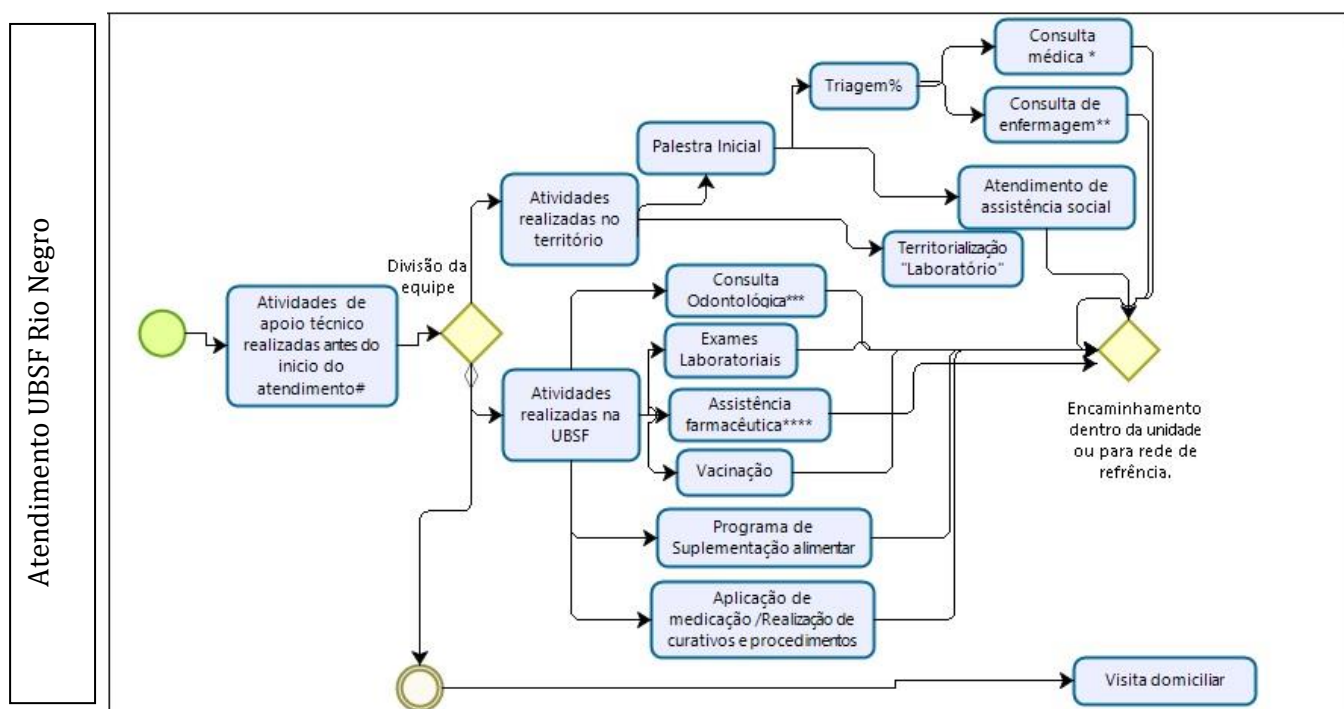
Após o encerramento da reunião, os profissionais vão até a respectiva “área técnica”, da Secretaria, terminologia que designa gerências de imunização, farmácia, assistência laboratorial e outros setores que disponibilizam insumos necessários para o atendimento, tal como descrito no Quadro 1.

O repasse para a equipe de grande carga de tarefas de apoio logístico e administrativo que caberiam ao nível central já instituí, na prática, um dia de trabalho adicional, realizado em Manaus, àqueles destinados à viagem de atendimento. Além disso, observa-se que a distribuição de atividades é desigual, havendo uma maior delegação de serviços para os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos), assistência social e farmácia, em contraponto aos profissionais médicos que não recebem tarefas adicionais além da solicitação de insumos para realização de pequenos procedimentos. Destaque-se que os técnicos de enfermagem realizam atividades de apoio para ambas as equipes, ao passo que outras categorias como os técnicos de laboratório e de higiene dental efetuam apoio apenas para seus próprios setores.

² As atividades descritas no Quadro 1 se limitam ao trabalho em saúde, não incluindo um amplo conjunto de ações de logística como abastecimento de combustível, alimentação, material de limpeza, roupas de cama e outros insumos necessários à manutenção da equipe durante a viagem.

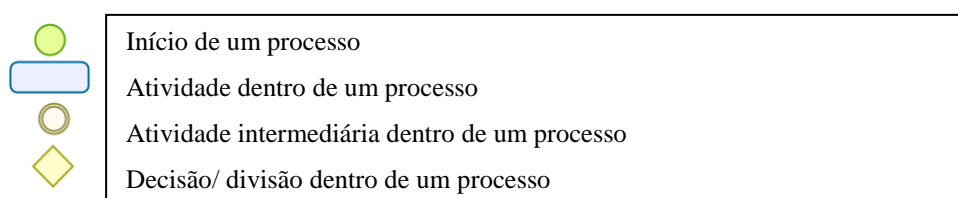
Para descrição geral da rotina de atendimento e atividades realizadas nessa unidade foi construído um fluxograma (Figura 8), que propicia uma apresentação conjunta das atividades realizadas e locais de realização das mesmas.

Figura 8: Fluxograma da configuração geral do atendimento na UBSF Rio Negro



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Legenda:



Notas:

- * Consulta médica de livre demanda e consulta dos programas de saúde
- ** Consulta de enfermagem de livre demanda e consulta dos programas de saúde
- *** Consulta agendada e consultas dos programas de saúde que não necessitam de agendamento prévio
- **** Assistência realizada dentro dos programas de saúde conforme planejamento de fluxo e assistência relacionada ao uso de qualquer medicação prescrita
- ***** A continuação do cuidado diz respeito ao encaminhamento que pode ocorrer para diferentes setores/profissionais da unidade de acordo com a necessidade do usuário
- % Realizada pelo ACS antes e após a palestra inicial
- #Antes do início dos atendimentos os profissionais ainda na embarcação desempenham tarefas como organização de kits de higiene bucal, separação de vacinas e material odontológico

A rotina diária da equipe já inicia durante o café da manhã. A observação realizada durante a viagem de campo, mostrou que os profissionais que primeiro tomam café, e simultaneamente tomam providências para organizar o atendimento são os profissionais de enfermagem, odontologia e serviço social. O café é uma ocasião que os reúne e eles aproveitam para estabelecer as principais atividades a serem realizadas naquela comunidade. No setor de odontologia a rotina também inicia cedo, com a separação do material de prevenção (kit de escova e creme dental) que será levado para a comunidade e a preparação dos materiais (ferramental) necessário à realização de procedimentos odontológicos. A sala de imunização, que fica sob a responsabilidade dos técnicos de enfermagem, também inicia sua rotina bem cedo devido a necessidade de organização e separação das vacinas de forma a cumprir as especificações técnicas de armazenamento e aplicação de cada vacina e máxima agilidade durante o procedimento de aplicação. Tais medidas de organização prévia são importantes pois o espaço físico restrito da sala de vacinação impede que sejam feitas durante a vacinação.

A rotina de atendimento ocorre concomitantemente nas dependências da embarcação e na comunidade, conforme descrito na Figura 8. Entretanto, a atividade que faz uma demarcação oficial do início do atendimento é realizada na comunidade. Trata-se de uma palestra informativa, que consta de informações sobre a organização do atendimento naquele mês e sobre algum tema de saúde proposto pelo MS, previamente determinado pela gerência do Distrito Rural, que segue, via de regra, um calendário de campanhas educativas estabelecido pelo Ministério da Saúde. Este é o momento em que a maioria da equipe se desloca para a comunidade e se faz fisicamente presente na atividade educativa. A observação mostrou maior adesão no início da viagem, porém ao longo dos dias um número decrescente de profissionais mantém essa rotina. No final da viagem somente os profissionais responsáveis pela palestra se deslocam para a comunidade no horário de realização da mesma.

Após a palestra inicial, cada profissional inicia seu atendimento específico. Quem realiza atendimento regular na comunidade são os médicos, enfermeiras e a assistente social. Quando a comunidade conta com posto de saúde o atendimento pode ser realizado nele, caso suas instalações estejam em condições de receber o atendimento. Nas comunidades em que os consultórios estejam deteriorados ou naquelas que não contem com o posto de saúde as consultas médicas são realizadas em espaços coletivos como salão comunitário, escolas ou até mesmo na casa do agente de saúde, conforme a disponibilidade. Tais condições dificultam a obtenção de privacidade no atendimento

e também a realização de exame físico; quando necessário médico e paciente tem que se deslocar até as dependências da UBSF para realiza-lo.

Os dados de observação e a entrevista com profissional médico sobre sua rotina de atendimento evidencia baixa adaptação às especificidades de uma unidade fluvial rural, uma vez que a fala destaca apenas a realização de consultas, o número de pacientes atendidos, a necessidade de encaixe de pacientes na agenda e a realização de procedimentos, sem que se observe qualquer distinção do atendimento realizado em qualquer outra unidade básica.

“Cada comunidade tem uma reunião antes do atendimento. Subimos e às vezes vemos quem é que vai administrar a reunião. Depois da reunião começam os atendimentos, atendemos mais ou menos uma média de 20 pessoas por período, período da manhã 20 pessoas, período da tarde mais 20 pessoas. [...] e se vier alguma eventualidade nós atendemos também, alguma emergência” (Entrevistado 3)

As visitas domiciliares, previstas pelas diretrizes da ESF, foram citadas apenas após o questionamento do entrevistador e o relato foi que essas ocorriam principalmente em casos de urgência; em outras situações as visitas eram realizadas apenas após o atendimento da demanda espontânea, sendo organizadas pelas enfermeiras.

“As visitas domiciliares são organizadas pelos enfermeiros de cada equipe, juntamente com os ACS. Por que em cada comunidade temos os ACS e eles já são capacitados para identificar pessoas acamadas, pessoas que necessitam de atendimento mais minucioso, para a gente visitar”(Entrevistado 3)

O relato conota um baixo envolvimento dos médicos em assuntos de gestão e planejamento, bem como em estratégias de adaptação de rotinas ao ambiente e necessidade específicos de populações rurais.

A única estatística preenchida pelos médicos é o formulário de produção de consultas e procedimentos; o preenchimento desse formulário é feito durante a consulta médica. Na observação da consulta médica foi destacado no diário de campo que a primeira atividade da consulta médica é o preenchimento das informações requeridas (Nº cadastro no SUS, idade e sexo) no formulário de registro da produção deste profissional.

A rotina das enfermeiras é composta por basicamente por três tipos de atividades. A primeira é relacionada ao desenvolvimento de atividades administrativas demandadas pela gerência do DISAR. Estas englobam o recolhimento de produção individual de cada profissional, aí incluídos também o laboratório e a farmácia. As informações contidas nas folhas de produtividade e seus resultados consolidados para gerar um conjunto de informações gerais da

produção da UBSF em cada viagem. O segundo tipo de atividade envolve a organização do trabalho na unidade móvel, que abrange a coordenação e a distribuição de tarefas em determinados tipos de atendimento, como as visitas domiciliares e ações de reconhecimento do território que visam aprimorar as estratégias de adscrição da população usuária. A última vertente do trabalho da enfermagem é ligada à realização de consultas de enfermagem por livre demanda e conduzidas no âmbito da atenção programática, através de programas de saúde (HIPERDIA, planejamento familiar, pré-natal e etc). Na UBSF a enfermagem também realiza de exames de batimento cardíaco e coleta de material para o exame de colpocitologia oncológica.

A rotina dos técnicos de enfermagem possui duas vertentes, a primeira é atuar na sala de imunização e a segunda administrar medicação, realizar curativos e esterilização de materiais. Também atuam no programa de suplementação alimentar infantil. Tanto os técnicos como os enfermeiros transitam de forma intensa entre a embarcação e a comunidade, estabelecendo uma relação muito estreita com os usuários.

De acordo com as normas da ESF as visitas domiciliares deveriam ser realizadas de acordo com critérios de vulnerabilidade, mantendo-se um conjunto definido de visitas por família, por mês. Porém, a grande demanda espontânea, as ações de atenção programática, o caráter itinerante do atendimento e o curto período de permanência nas comunidades dificultam a realização regular de visitas domiciliares, que se limitam a situações de urgência e emergência e a acamados.

O profissional farmacêutico permanece habitualmente na sala de farmácia, onde estão dispostas as medicações. O local dispõe também de um pequeno espaço para atendimento, com uma mesa, duas cadeiras e um computador. Nesse ambiente é realizada a consulta individualizada de assistência farmacêutica. A presença do farmacêutico na unidade permite que a UBSF disponha de um padrão de medicamentos mais amplo que o habitualmente encontrado em unidades de atenção básica em espaço urbano (ANEXO II), dispondo de um perfil equivalente ao das policlínicas em Manaus, o que amplia a resolutividade da unidade, conforme descrito na fala a seguir:

“...e isso ajuda muito a gente, porque torna possível fazer uma abordagem mais ampla dos problemas do paciente; não ficar só com medicamentos sintomáticos e sim de fazer realmente o tratamento. Muitas vezes ele [o paciente] precisa ir com o especialista e o médico já faz uma prescrição que poderá ter continuidade no tratamento [na cidade]. Mas geralmente isso não acontece porque o paciente só consegue consulta no especialista com 6 meses. Então [com a disponibilidade de médicos e medicamentos de maior necessidade na UBSF] a gente consegue ter o acompanhamento, verificar se dá para manter a medicação que foi prescrita pelo colega e o paciente tem maior adesão. Então é importante isso. [A unidade] consegue ter medicamentos de urologia, ginecologia a parte de otorrino. A gente tá também bem completinho,.” (Entrevistado 2)

Tal perfil de disponibilidade de recursos farmacêuticos possibilitam garantir a continuidade dos tratamentos, inclusive os de uso continuado, periodicamente revisados pelos médicos da UBSF Rio Negro, amenizando assim o ônus gerado pela distância e o alto custo do deslocamento até a área urbana. Obviamente tais providências não são substitutivas do atendimento especializado, porém permitem garantir a continuidade de tratamento, reduzir o número anual de referências e garantir supervisão continuada do tratamento, além de potencializarem adesão aos tratamentos de doenças crônicas.

Outro profissional cuja atuação se apresenta como muito necessária, despontando como importante ator para impulsionar a conversão do modelo assistencial na unidade móvel, é o assistente social. Em sua descrição de sua abordagem por ocasião do atendimento, o profissional mostra-se aberto a uma escuta qualificada de situações de vulnerabilidade social conforme descrito abaixo:

“...então as vezes em que eu conseguia ter um atendimento individualizado a gente conseguia captar muito melhor a situação social e até de violência né? As pessoas me procuravam, por elas mesmas, até para situações de violência; aí já pediam que esse atendimento fosse individualizado e separado de todo mundo. Como também já me identificavam como assistente social do planejamento familiar, então eu sentia que algumas pessoas tinham um pouco de receio de me procurar, porque quem via ela comigo, como um vizinho, já falava: - "olha foi procurar a assistente social" (Entrevistado 5)

Em outra fala o mesmo entrevistado observa que a unidade é a única presença do poder público no território, e como, em função disso, a embarcação e sua equipe ficam sujeitos à situações não convencionais.

“...porque a situação ali foge do que seria o atendimento normal de uma unidade de saúde [se refere a unidade de saúde urbana], em que a demanda vem, você atende e acabou-se. Não; ali tem situações em que você não pode fechar e ir embora, porque às vezes a equipe de saúde, era, digamos assim, a única autoridade presente, entendeu? Então, muitas vezes a gente era muito visto assim: - o barco está aí; vamos lá! Às vezes era com demanda de saúde, mas as vezes não era uma demanda de saúde, mas a gente tinha que estar intercedendo e fazendo uma intervenção. ” (Entrevistado 5)

Outra atribuição menos convencional do assistente social é a mediação de conflitos. O período de observação da pesquisa permitiu perceber que este profissional facilita a comunicação entre equipe e usuários, gerenciando as relações e intervindo para apaziguar eventuais conflitos, quando ocorram (COSTA, 1998). Tal atribuição surge nítida na descrição do processo de trabalho do assistente social, reportada a seguir:

“...e eles me viam um pouco como a solucionadora dos conflitos, que estivessem existindo ali; até entre a equipe acontecia isso [mediar conflitos]. [Um comunitário dizia]: - olha ali o médico tá assim, quer fazer isso e tal. Então me procuravam para resolver esse tipo de situação; aí eu procurava o colega da equipe e tentava conversar, minimizar o problema. Então a minha figura é muito essa, a da mediadora de conflitos né? Até também é parte do trabalho como assistente social.” (Entrevistado5)

Dessa forma a presença do assistente social na equipe de saúde, principalmente naquelas que atuam junto a populações vulneráveis que demandam abordagens mais amplas e complexas que o tratamento de doenças. Esse perfil de atuação também gera desafios e tensões na atuação da equipe de saúde, cujos outros membros raramente tem preparo para lidar com temas como violência doméstica e sexual, exploração de trabalho de menores, desrespeito a direitos trabalhistas, situações de miséria absoluta e outros. No caso do serviço social, além de suas atividades encontrarem amparo legal em políticas governamentais que valorizam a abordagem da dimensão subjetiva e de necessidades sociais nas vidas dos usuários, sua atuação também favorece a ampliação do acesso aos direitos de cidadania (NOGUEIRA; MIOTO, 2006). Esse profissional também atua em ações mais prosaicas, mas nem por isso menos importantes, como apoio a agendamento de consultas em serviços especializados, orientações sobre direitos da família, busca de assistência jurídica para recebimento de pensões, indenizações trabalhistas e outras dificuldades de acesso ao aparelho de estado que representam barreiras para as populações rurais, interferindo negativamente nos seus ganhos, na renda familiar e na manutenção de boas condições de vida e saúde.

Em especial para o grupo populacional atendido na unidade móvel, que possui restrita escolaridade, baixa renda e enfrenta grandes dificuldades para se deslocar até a cidade, a presença do assistente social representa uma extensão de cobertura e a ampliação do escopo da unidade para o desenvolvimento de ações intersetoriais, com repercussões na equidade de acesso e nas condições de vida com interveniência nos níveis de saúde, aqui entendidos numa perspectiva ampliada, como direito constitucional (NOGUEIRA & MIOTO, 2006).

O laboratório da unidade possui capacidade de realização de uma gama de exames como hemograma, glicemia capilar, urina/EAS, fezes/EPF, tipagem sanguínea, VDRL, PCR, testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite C, hepatite B, malária e gota espessa para diagnóstico de malária. A maior parte dos exames é realizada na própria unidade; ainda que haja prioridade para grávidas, hipertensos, diabéticos e situações de urgência/emergência, e os resultados ficam disponíveis para todos no mesmo turno de atendimento. Entretanto, outros são coletados na UBSF e levados

processamento e leitura em Manaus, como as sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e HIV, assim como baciloscopia para Tuberculose. Alguns exames são coletados na unidade móvel e levados para processamento em Manaus.

Da rotina de atendimento da odontologia observou-se uma elevada carga de atividades pré e pós prestação do cuidado, no que diz respeito a organização da sala, esterilização de materiais e consolidação de dados dos atendimentos, oferta de consultas por demanda programada e espontânea, educação em saúde e prevenção de agravos em saúde bucal. O atendimento em odontologia é o que tem maior número de atividades adaptadas às condições de atendimento em áreas rurais, que serão discutidos posteriormente. É alto o número de atendimentos regulares previamente agendados, aos quais se adicionam os “encaixes” de não agendados que buscam atendimento com queixas de dor e outros quadros de urgência. Em função disso é bastante frequente que o atendimento odontológico se estenda além do horário em que os outros profissionais já concluíram suas tarefas.

Em suma a rotina de todos os profissionais lotados na unidade fluvial difere daquela encontrada em uma unidade urbana, pelas características de deslocamento e logística da viagem e pelo horário de trabalho estendido, que compreende atividades de organização pré e pós atendimento, seguindo-se um regime diário de trabalho com duração mais longa que o cumprido habitualmente nas unidades urbanas. A presença de profissionais como o farmacêutico e assistente social caracterizam a equipe que atua na UBSF como expandida, característica que, como demonstrado, representa um importante ganho para a qualidade e resolutividade do atendimento.

6.3 Processo de trabalho e rotinas reportadas pelos profissionais e as relações com as características do processo de trabalho da Estratégia de saúde da família

Nessa seção serão apresentados os dados que descrevem os processos de trabalho adotados na Unidade Móvel Rio Negro que expressam – em grande medida – o trabalho vivo desenvolvido pelos profissionais, no cotidiano na unidade móvel, buscando por essa via superar as lacunas das orientações técnicas da atenção básica, bem como a ausência de orientações pertinentes da própria secretaria municipal de saúde para guiar a oferta de ações de saúde em áreas rurais amazônicas. Tais estratégias serão descritas segundo um conjunto de temas e conceitos que foram selecionados, por um lado, a partir da literatura revisada e, por outro, a partir do material que emergiu do trabalho de campo.

6.3.1. Territorialização e Especificidade no atendimento à população rural ribeirinha

Após a conversão do trabalho na unidade Rio Negro em equipe de Estratégia Saúde da família, a equipe tomou a iniciativa de efetuar um reconhecimento das condições de vida e saúde no território, desenvolvendo uma atividade que foi intitulada “Laboratório”. A atividade tem como objetivo ampliar o aprendizado da equipe sobre a comunidade, o que implicou, em termos práticos, na duplicação do tempo habitual de permanência na comunidade em que o laboratório é realizado. Neste caso as atividades ali desenvolvidas consistem em atendimento regular em um turno; o outro turno é dedicado à realização de visitas nos domicílios ali existentes com vistas a levantar informações sobre as condições de vida e saúde. A atividade é guiada por um questionário aplicado no domicílio por duplas de profissionais da equipe, que se deslocam até as moradias dos usuários. A composição das duplas é livre e independente das hierarquias e/ou habilitações profissionais e, em média, cada dupla deve visitar de 3 a 4 domicílios por turno de laboratório.

Em cada viagem a equipe seleciona, em reunião, as localidades onde será realizado o Laboratório. No conjunto a atividade resulta num cronograma, já cumprido parcialmente, ao fim do qual todas as comunidades da área de abrangência da unidade serão visitadas tendo suas condições de vida e principais problemas de saúde levantados. Dentre os achados do trabalho de laboratório, problemas como violência contra a mulher e alcoolismo foram reconhecidos como particularmente importantes.

Em período antecedente ao laboratório solicita-se ao ACS que forneça à equipe informações sobre a composição demográfica das famílias e que traga até a unidade móvel os prontuários de todos os membros da família. O questionário (ANEXO V) contém perguntas referentes a renda familiar, hábitos alimentares, situações de saneamento e situações de saúde.

Dadas as características da geografia amazônica, o acesso às residências para a realização dessas visitas é trabalhoso, sendo necessário, com frequência, vezes dispor de pequenos botes para chegar até as casas das famílias adscritas ao território. Dessa forma a visita a todas as residências de cada comunidade é um processo lento. Como a viagem do campo foi realizada durante a vazante do rio, foi possível observar as grandes distâncias que a equipe teve que andar para realização da visita domiciliar voltada ao processo de reconhecimento do território. Tais dificuldades resultam na ampliação do conhecimento, pela equipe, sobre os problemas enfrentados pelos usuários para buscar o cuidado ofertado na UBSF.

Após a realização dessas visitas a equipe se reúne para a troca das informações contidas nos questionários e discussão de impressões gerais sobre os achados do dia. A dinâmica da reunião é organizada pela enfermeira que solicita que um integrante de cada dupla faça o relato da visita, explorando as informações relevantes sobre aquelas famílias. A equipe então discute sobre os pontos em comum, as maiores dificuldades e as vulnerabilidades mais expressivas das famílias visitadas naquele mês. A ideia subjacente é a usar tais informações para subsidiar o planejamento de atividades futuras voltadas para o atendimento de necessidades dessas famílias.

Na reunião foi possível observar o comportamento dos membros da equipe com relação a essas iniciativas de reconhecimento do território. Enquanto alguns profissionais se envolvem, explicitando situações vividas e presenciadas durante a visita, outros mostram baixa participação. Este era o caso particular dos médicos presentes na viagem de observação. Nas duplas formadas por médico e algum outro profissional este último tomava a frente para expor como tinha transcorrido a visita e quais as vulnerabilidades encontradas, ao passo que o profissional médico se mostrava lacônico e indiferente. Nas duplas com outra composição a diferença de envolvimento com a tarefa era menos evidente, observando-se uma adesão mais equilibrada ao trabalho.

A consolidação desses dados fica na responsabilidade do farmacêutico, que ao término da coleta de dados em cada comunidade deve apresentar para a equipe uma proposta de ações específicas de saúde dirigidas a essa comunidade, buscando responder às necessidades percebidas. Membros da equipe informaram que no início não receberam apoio da equipe de gestão do Distrito de Saúde Rural, pois houve reclamações de moradores das comunidades que exigiam o atendimento rotineiro nos dois horários, ao invés do laboratório. Aos poucos a atividade foi sendo aceita e os profissionais reportam que atualmente as famílias entendem a importância dessa atividade e são receptivas quando visitadas.

Entretanto a equipe de gestão do DISAR não parece atribuir grande valor a tais informações, pois no período de coleta de dados – e segundo os membros da equipe e nenhum momento anterior à minha pesquisa – nenhuma atenção foi dada ao levantamento efetuado junto à comunidade nas reuniões de trabalho realizada por iniciativa da equipe de nível central do distrito rural. Ou seja, observou-se que a iniciativa de efetivar atividades que subsidiem o reconhecimento do território sanitário sob responsabilidade da UBSF é atividade exclusiva da equipe da unidade, sem maior envolvimento dos profissionais de gestão do nível central. Na época da coleta de dados estes pareciam mais interessados na produção de consultas geradas pelo atendimento individual dos usuários.

Embora os profissionais atribuam grande valor às vivências e ao aprendizado gerado pelo laboratório, alegando que este lhes teria propiciado um melhor entendimento sobre os problemas e necessidades da população que atendem e reforçado o vínculo com as famílias, tal aprendizado não parece ter resultado, ainda, numa compreensão ampla sobre as singularidades no modo de viver na Amazônia rural. Quando questionados sobre as especificidades do atendimento à essa população as respostas dadas atribuíram as diferenças apenas às distâncias geográficas entre as comunidades e a cidade mais próxima. Ou seja, os profissionais têm dificuldade em reconhecer as características sociais da realidade em que trabalham. A perspectiva utilizada para avaliar as características da população é moldada pelo olhar biomédico e restrita à identificação de doenças, como podemos identificar na fala a seguir:

“Eu atendi muita área rural aqui também perto de Manaus, sem ser ribeirinha e faz dois anos que eu estou atendendo na Calha do Rio Negro. Acho que as dificuldades dos comunitários é a mesma, só que eles no Rio Negro têm algumas coisas que são mais difíceis como a passagem de barco; o exame para fazer fica longe de Manaus; são essas coisas. Mas as doenças são as mesmas; tanto das pessoas que moram ao redor de Manaus, quanto as que moram longe na calha do Rio Negro, não tem muita diferença não” (Entrevistado 3)

Somente alguns profissionais conseguem descrever as dificuldades econômicas e sociais existentes na realidade em que trabalham, destacando a falta de ações efetivas do poder público, como fator que reforça as condições de saúde ruins e admitindo a necessidade de desenvolver ações com um alcance muito mais amplo de um atendimento que restrito a uma abordagem biomédica.

“Começa porque eles não têm acesso a todos os serviços do poder público. Eles não chegam lá devido ao poder aquisitivo; eles não têm como, né? E são pessoas assim muito especiais, porque são pessoas adoecidas; são pessoas carentes: carentes de saúde, carentes de educação, carentes de segurança e são vulneráveis porque são facilmente usadas. Então a gente tem que ter um olhar diferenciado porque a percepção deles de mundo, da vida é uma percepção diferente. Muitas vezes eles sofrem até mesmo pela falta de um simples apoio. Já fizemos alguns estudos em comunidades [atividade de laboratório para reconhecimento do território] e verificamos que algumas comunidades têm um alto índice de diarreia; que as pessoas vivem unicamente do bolsa família e seguro defeso então têm um estado de alimentação horrível. Mas por outro lado não têm ação estruturante que parta do poder público para que essa pessoa tenha, por exemplo, horta familiar, para que essa pessoa tenha outros meios de desenvolver os próprios talentos de artesanato, desenvolver outras fontes [de renda], para que possa ter melhor qualidade de vida. Tudo isso vai tipo um efeito dominó, vai desabar na saúde porque se a pessoa não tem outras ações familiares estruturantes, a saúde não vai bem. Então a falta de todas essas ações, a omissão de todas essas ações estruturantes vão se refletindo na saúde.” (Entrevistado 6)

Dentre os entrevistados o profissional que melhor conseguiu apreender e verbalizar as especificidades encontradas na região rural ribeirinha foi a assistente social. Além de descrever problemas econômicos e sociais ela conseguiu enunciar uma concepção de cuidado, baseada em dimensões da vulnerabilidade, que vai além da perspectiva biomédica. Entretanto essa abordagem não parece ser reconhecida ou valorizada pelos gestores, a ponto de converterem-na em ações de rotina a serem realizadas pelas equipes da UBSF.

“...são coisas que são muito diferentes mesmo na questão socioeconômica e é claro e evidente que se reflete na questão da saúde né?? E também as questões de escolaridade, porque uma criança que tem o que comer de manhã cedo e vai para aula e tem um bom aproveitamento na sala de aula. No rio negro é peixe pescadinho com farinha e o valor nutricional é pobre demais. Eu faço essa diferenciação de um rio para o outro [porque] entre eles assim é muito característica a questão cultural da violência contra a mulher e do alcoolismo, muito forte no Rio Negro. A iniciação sexual da mulher [ocorre] muito mais cedo, é então a gente ver essa questão da diferenciação de um rio para o outro.” (Entrevistado 5)

6.3.2. Acolhimento

Essa categoria emergiu na coleta de dados de campo sendo citada por mais de um profissional entrevistado e por se observar ações interpretadas pelo profissionais como sendo acolhimento no início do atendimento em cada comunidade. Entretanto o que os profissionais chamam de acolhimento é uma palestra realizada no momento inicial do atendimento em cada comunidade, quando é feita uma palestra de caráter informativo sobre questões relativas à organização do atendimento, sobre temas de educação em saúde, em particular as campanhas periódicas do Ministério da Saúde que versam sobre agravos específicos como hanseníase, tuberculose, câncer de colo de útero, etc.). O enfoque adotado é o biomédico.

“então a gente começa; nosso primeiro passo é dar as orientações. Isso a gente faz todos os meses, independente da comunidade nos conhecer, mas toda viagem é uma nova viagem, então a gente começa com acolhimento, acolhendo [os usuários] e apresentando os profissionais, dizendo o que cada um vai realizar naquele dia. Daí passa a falar do tema educativo que foi colocado pra gente trabalhar naquele mês. Esse é o primeiro passo no atendimento. Depois a gente vai estabelecendo [as atividades] pelos programas: o hipertenso, o diabético, a gestante...”(Entrevistado 1)

O depoimento deixa claro que o entrevistado chama de acolhimento a recepção dada aos usuários que em cada turno de trabalho acorrem à unidade. Entretanto, as orientações técnicas que ordenam o trabalho das ESF definem o acolhimento como escuta qualificada para buscar compreender as demandas de saúde daquele grupo e/ou indivíduo, o que evidencia que a equipe

da unidade Rio Negro está atribuindo um sentido próprio ao termo acolhimento. Além disso, na breve palestra que precede o atendimento há pouca interação dialogada, capaz de estimular a verbalização de problemas e necessidades por parte de membros da comunidade. Além disso, a observação da disposição física dos profissionais de saúde e comunitários na atividade chamada de acolhimento, não favorece a interação entre os participantes, uma vez que o profissional de saúde fica de pé em frente aos comunitários sentados em roda ou com cadeiras dispostas num formato que lembra uma sala de aula. A enunciação de mensagens é monopolizada pelo membro da equipe que costuma expor os detalhes logísticos de atendimento e enumerar os profissionais naquela viagem. Embora a equipe entenda realizar, nesse momento uma ação de acolhimento, a assimetria de poder entre os participantes e o monopólio da participação pelos profissionais torna essa atividade mais próxima à noção de palestra do que a de acolhimento.

Porém, ao longo do atendimento foi possível observar comunitários buscando os profissionais de saúde, em especial a enfermagem e o farmacêutico, para trazer demandas de diversas ordens, enunciam problemas de saúde e buscar apoio na busca de resolução de suas dificuldades, como descrito na fala a seguir:

“e o que eu acho interessante é que os comunitários eles têm a liberdade de chegar e dizer o que precisam. Às vezes eles me chamam e dizem ‘eu preciso de uma orientação; eu quero um particular contigo’; às vezes é coisa simples, mas querem um particular para falar alguma coisa” (Entrevistado 1)

Embora a equipe responda positivamente a tais demandas dos usuários essa atividade não é reconhecida por eles como acolhimento.

De acordo com a literatura o acolhimento transcende a organização do atendimento médico, ou a triagem e a palestra informativa. (GARUZI et al., 2014). O acolhimento ainda pode ser colocado, segundo Franco, Bueno & Merhy, (1999), como a capacidade de atendimento as demandas de saúde de forma a construir uma resposta positiva, estabelecendo uma relação de confiança. Os autores entendem que a reorganização do processo de trabalho da equipe multiprofissional para uma “equipe acolhimento” resulta em um comprometimento da equipe com a resolução da demanda do usuário. A qualificação da relação trabalhador usuário é consequência desse processo de trabalho que versa na busca de atenção integral (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os dados coletados junto à equipe da unidade móvel Rio Negro, mostram situações paradoxais: por um lado chamam de acolhimento a uma atividade que não se qualifica como tal e por outro realizam a escuta qualificada, em diferentes momentos como durante os “particulares”

solicitados pelos usuários e a visita domiciliar realizada no reconhecimento para a territorialização, mas não reconhecem tais atividades como acolhimento. Tal paradoxo se deve, possivelmente, à falta de capacitação prévia para atuar na estratégia saúde da família, mas também põe em evidência a capacidade de criar e de inovar da equipe, mesmo sem dispor de meios de trabalho que lhe permita usar da forma mais consciente as tecnologias leves que os profissionais espontaneamente acionaram.

No mês setembro, ocasião em que foi realizada uma viagem de campo para coleta de dados o tema da palestra que antecede o atendimento foi malária. Esse é o período em que as áreas rurais apresentam altos níveis de malária, o que motivou o trabalho educativo voltado à prevenção da doença. Na ocasião foram entregues folhetos informativos e o teor da palestra versou sobre aspectos técnicos de transmissão e tratamento da malária (picadas do mosquito, coleta de lâminas, uso dos medicamentos, etc). Usuários presentes interagiram apenas para questionar sobre a distribuição de mosquiteiros impregnados, relatando que eles haviam sido entregues há muito tempo e que nova distribuição se fazia necessária para ajudar no controle da transmissão. A equipe, no entanto, não dispunha da informação se havia alguma entrega de mosquiteiros programada pela SEMSA Manaus. Essa situação exemplifica uma das características da rotina de atendimento da unidade, onde há baixa interação entre ações de assistência em saúde e vigilância em saúde.

6.3.3. Programação da agenda

A programação da agenda é outro pilar da organização do processo de trabalho em ESF. Os membros da equipe afirmam existir a programação da agenda, porém tal como ocorreu com o termo acolhimento, a equipe reinterpreta o que seja programação da agenda, atribuindo um sentido distinto daquele habitualmente adotado em ESF. Embora a maioria dos membros da equipe afirme que há uma agenda programada, mas a observação evidenciou que o que foi chamado de “agenda programada” era apenas a redação de uma lista de nomes de pacientes, selecionados por ordem de chegada para atendimento em determinado setor durante período de permanência da unidade móvel na comunidade.

Os dados de campo sugerem que a ideia de programação de agenda na ESF, entendida como a programação de atividades que serão desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao longo do ano, guardando relação com as necessidades das famílias no território e com programação de consultas agendadas segundo condições e vulnerabilidade e identificação de problemas de saúde,

não foi incorporada pela equipe. O único setor da unidade fluvial que efetivou uma estruturação da programação de agenda em moldes aproximados ao que foi consensuado como programação de agenda, foi a odontologia.

“...a Odontologia passou a criar uma agenda anual, já em 2015, que nós procuramos seguir. Mesmo com todas as dificuldades de cada viagem, procuramos seguir essa agenda. A agenda [da odontologia] envolve não apenas a parte do atendimento clínico, mas também a prevenção e a promoção de saúde. A equipe ainda estava muito voltada apenas a desenvolver estratégia somente nas comunidades em que os laboratórios eram realizados e a odontologia queria mais. Nós queríamos desenvolver o ao mesmo tempo, o máximo possível em todas as comunidades, apesar de não haver tempo suficiente para fazer a promoção de saúde de forma adequada. Então através desse agendamento da odontologia, programamos [também] as atividades de palestras com alguns grupos que nós julgávamos os mais vulneráveis e de treinamento e atualização dos agentes de saúde, diretores da unidade.”(Entrevistado 7)

A odontologia implantou um conjunto de ações próprias desenvolvidas de modo longitudinal, ou seja, ao longo das fases da vida da pessoa atendida. Dentre tais ações destacam-se as que iniciam logo após o nascimento da criança. De acordo com o programa de atenção ao pré-natal, a grávida é encaminhada para consulta e acompanhamento odontológico. Neste caso ela não precisa de agendamento prévio, pois os odontólogos já organizam a programação de consultas de modo a dar prioridade às grávidas. O tratamento necessário é realizado e a mulher é orientada a realizar a primeira consulta odontológica da criança já no primeiro retorno à unidade após o parto, por ocasião da consulta do puerpério ou nos três primeiros meses de vida do recém-nascido. Essa é a oportunidade para inserir a criança no programa de ação que a equipe batizou de “Dente de Kurumi” (ANEXO VII). No programa Dente de Kurumi a criança é acompanhada do zero aos três anos de idade. O objetivo desse acompanhamento é a prevenção de cáries e a conscientização da família sobre a importância da higiene bucal e influência alimentar no perfil de saúde bucal. Até os três anos de idade a criança é acompanhada por esse programa; ao entrar em idade escolar é inserida no programa “Caça Dentuços”, uma ação focada nas crianças em idade escolar, para realização de educação e prevenção em saúde bucal, bem como realização de tratamentos. As atividades do programa permitem que a criança seja acompanhada ao longo da idade escolar.

Outra ação desenvolvida pelos odontólogos em termo de programação de agenda, voltada para a identificação e priorização de grupos vulneráveis na comunidade se volta para o atendimento de hipertensos e diabéticos do programa HIPERDIA. Para tal fim implantaram o “HIPERDIA com sorriso” (ANEXO VI), uma iniciativa da própria equipe que não é habitualmente encontrada na rede de AB.

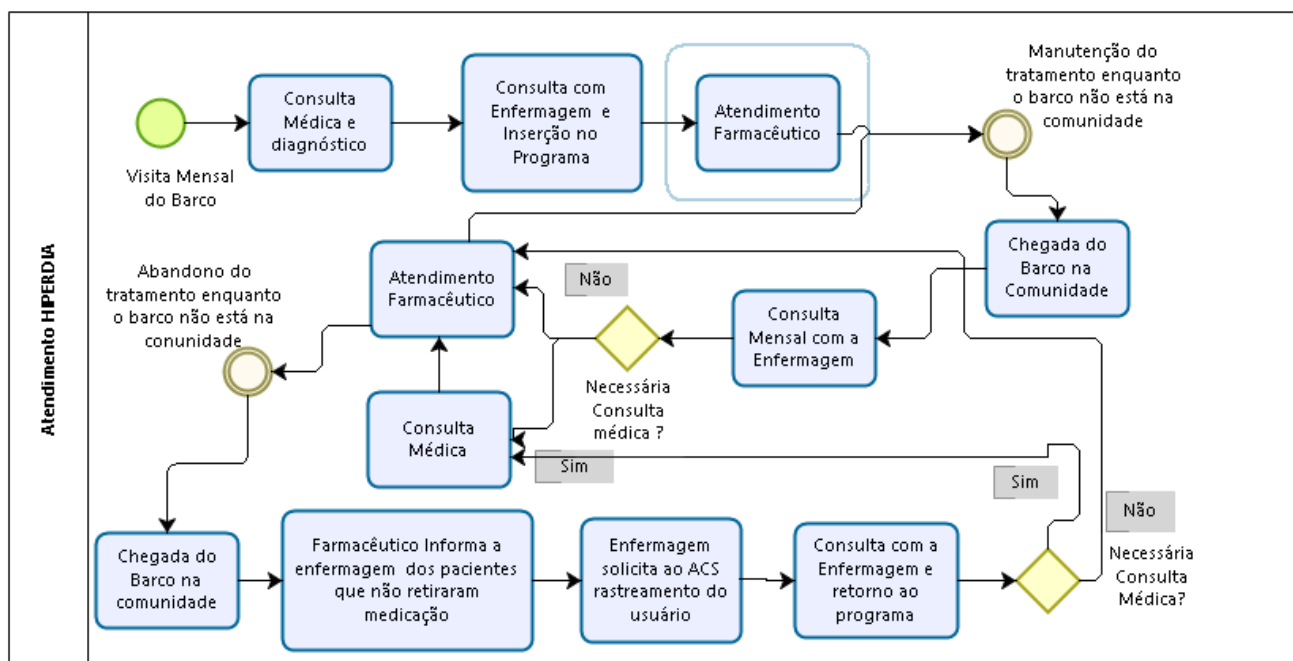
“...então o HIPERDIA com sorriso é justamente isso. Percebendo que recebíamos pacientes diabéticos com um grande índice de cárie e quadros de infecção gengival bastante acentuados, passamos a conversar com os médicos e com os enfermeiros, para mostrar a importância do tratamento odontológico e trazer esses pacientes ao consultório. Eu achei que seria uma demanda muito grande e a princípio nós passamos a agendar esses pacientes; aí percebemos que, ao contrário de todos os outros, não havia aquele rush para ir para o consultório; de forma alguma. Eles na verdade não estavam compreendendo por que tinham que ir ao dentista; havia receio, havia medo, havia desinformação então tivemos que fazer todo um trabalho de orientação. Foi daí que percebemos a importância do trabalho com os agentes e com diretores [dos postos de saúde], justamente para orientá-los sobre a necessidade de comparecimento ao odontólogo. E durante visitas domiciliares e a conversa continuada com os demais membros da equipe, passamos a receber apoio de todos. Por exemplo, durante palestra, ou quando o farmacêutico recebia os pacientes na farmácia, o médico durante as consultas, os próprios enfermeiros durante o acompanhamento do HIPERDIA recomendavam a visita desses pacientes ao dentista” (Entrevistado 7)

Apesar dos ganhos observados a rotina de atendimento ainda expressa dificuldade de conversão do modelo assistencial na unidade, um ponto principal da estratégia saúde da família como estratégia. No caso do atendimento médico, após a triagem realizada pelo ACS contemplando pesagem, medida da altura e aferição de pressão arterial, o paciente pega uma ficha para aguardar o atendimento médico. Durante a observação do campo, foi possível observar a chegada de uma família (mãe e três filhos) para atendimento médico, mas eles dispunham apenas uma ficha. Em tais circunstâncias o médico passa a questionar o outro profissional, se cada ficha distribuída equivaleria ao atendimento a uma pessoa ou a uma família. O outro médico, por sua vez, leva a questão para a enfermeira buscando uma resposta, mas ponderando que tal situação não deveria acontecer porque o ACS está ciente do fluxo das fichas e que cada ficha distribuída deveria equivaler ao atendimento a uma pessoa e não a uma família. O evento observado conota uma atitude ambígua, já que a lógica que orienta a Estratégia Saúde da Família, tal como se nome propõe, é o grupo familiar e não indivíduos isoladamente. Além disso, o evento descrito também evidencia a ausência de programação de agenda no setor médico da unidade móvel, pois caso tivesse ocorrido a demanda trazida pela família já estaria programada, ao invés de representar uma surpresa, como ocorreu. Além disso, o que determina os pacientes que serão atendidos é a triagem feita pelos ACS, a qual, no período de observação, não se pauta por critérios de risco, vulnerabilidade ou gravidade do problema de saúde.

6.3.4 Fluxos dos programas HIPERDIA e Planejamento Familiar.

Entre os programas realizados pela equipe, dois possuem um fluxo específico que foi adaptado para o contexto rural pelos profissionais que compõem a equipe. O exemplo selecionado contempla o HIPERDIA e o planejamento familiar. Nas Figuras 9 e 10, são descritos os fluxos que o usuário percorre para obtenção desse tipo de cuidado.

Figura 9: Fluxograma do programa HIPERDIA na área rural realizado pela unidade Rio Negro



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

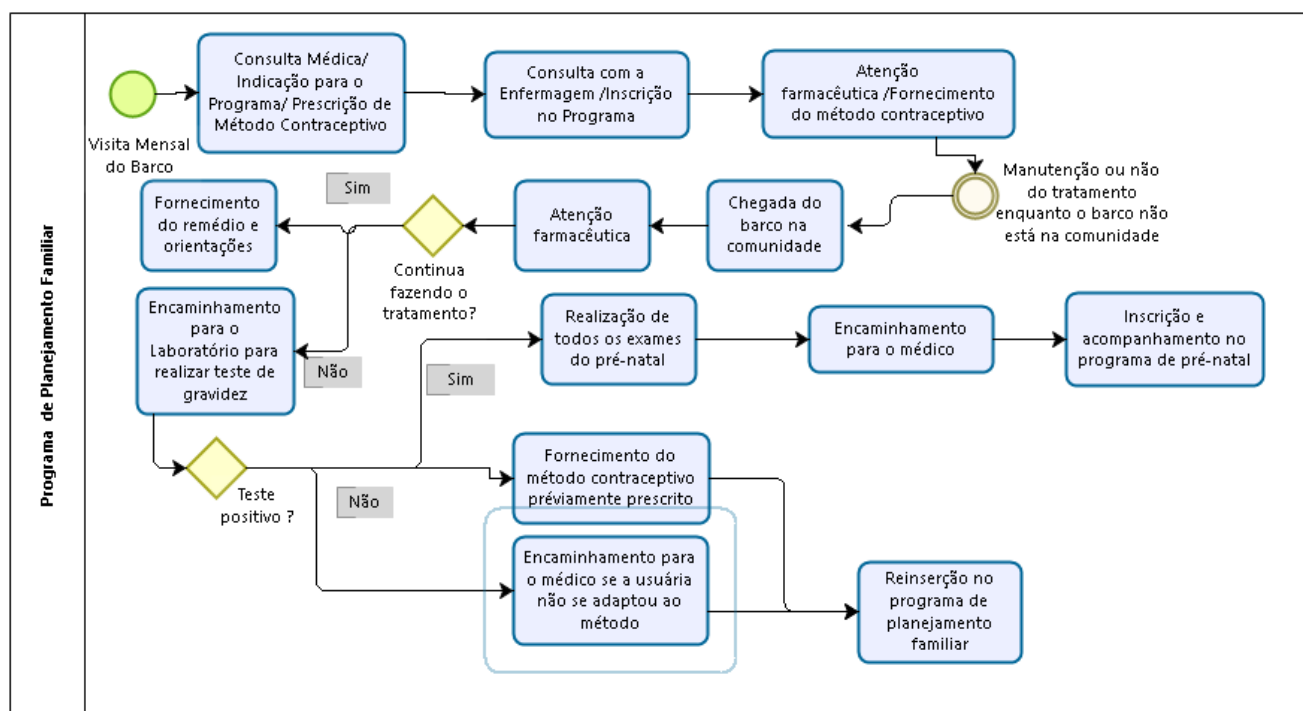
O diagrama mostra uma centralidade no papel do farmacêutico que intervém no fluxo atendimento de duas maneiras. A primeira dentro de sua área de formação, a assistência farmacêutica prestada aqueles que, tendo comparecido à consulta médica e de enfermagem buscam aviamento de receitas. Já a segunda maneira é desenvolvida mediante trabalho conjunto com a enfermagem, mostrando uma criativa adaptação das atividades desse programa; nesse caso o farmacêutico, aplica dados administrativos do controle de estoque de medicamentos ao rastreamento e identificação de faltosos e à consequente interrupção do tratamento pelos que não compareçam para a retirada mensal da medicação prescrita. Dessa forma, ao comunicar ao enfermeiro a ausência desses pacientes o farmacêutico propicia uma rápida identificação de faltosos, permitindo que o enfermeiro solicite uma busca ativa desses usuários ainda na presença da UBSF no território. Tais dados reiteram a importância do enquadramento da equipe da UBSF

como ampliada, propiciando a manutenção da assistência, que se torna elemento crucial para ampliação do acesso e continuidade dos tratamentos.

Existe uma cronologia específica para retirada da medicação e realização de consultas, uma vez que a visita da equipe é mensal. Na tentativa de ampliar a adesão dos usuários aos programas, a equipe desenvolveu impressos próprios para serem entregues aos pacientes que passam a dispor de um guia de apoio à manutenção da medicação. Esses impressos facilitam o acompanhamento do uso continuado de medicação, tanto para o paciente, quanto para os outros membros da equipe (ANEXO III).

Outro fluxo que exemplifica adaptações criativas do processo de trabalho é o planejamento familiar.

Figura 10: Fluxograma do programa Planejamento Familiar na área rural realizado pela unidade Rio Negro



Fonte: Maria Laura Pucciarelli, 2018

Na adaptação feita na UBSF a usuária que deseja iniciar contracepção é encaminhada ao laboratório para realizar teste de gravidez. De posse do resultado a usuária é encaminhada ao médico para realização da primeira consulta e a prescrição do método contraceptivo adequado. Em seguida passa à consulta com a enfermagem e no momento seguinte à assistência farmacêutica.

Este profissional, além da orientação específica sobre uso do medicamento e potenciais efeitos colaterais, o farmacêutico também inclui a paciente em seus registros e faz a entrega da

caderneta do programa (ANEXO IV) que contém o registro do tipo de medicação e o esquema de uso da mesma. Tal ferramenta propicia orientação para a paciente e favorece a disseminação da informação sobre a prescrição para todos os membros da equipe. De modo similar ao relatado para o HIPERDIA, o monitoramento feito pelo farmacêutico permite identificar precocemente se a paciente descontinua o tratamento por alguma razão. Caso haja descontinuidade do tratamento a usuária é orientada a procurar o farmacêutico, que pode solicitar o exame de gravidez tendo em vista a possibilidade de retomar o uso da medicação previamente prescrita. Se houver confirmação da gravidez, o laboratório já realiza a coleta dos exames necessários para a realização do pré-natal e a usuária é encaminhada para a consulta de enfermagem para inscrição no pré-natal. Caso o resultado do exame seja negativo, o farmacêutico pode dar continuidade a medicação prescrita e a usuária só é encaminhada para o médico novamente se houver necessidade de alteração da prescrição.

Durante a observação do campo foi possível acompanhar a implementação desse fluxo em atendimento, efetivamente realizado. No caso observado, após o resultado negativo do teste de gravidez a usuária retornou à farmácia e passou por uma consulta de assistência farmacêutica, na qual existe escuta qualificada, abertura para dúvidas e orientação sobre uso e efeitos colaterais do medicamento, superando amplamente a mera dispensação de medicação. Esse processo também exemplifica uma descentralização de tarefas e a responsabilização de outros profissionais da saúde pela orientação das usuárias, além de ampliar a resolutividade do cuidado.

Os fluxogramas apresentados não dispõem de expressão física na unidade. O que há ali é uma rotina estabelecida que guia o trajeto percorrido pelos usuários na UBSF. Os diagramas aqui apresentados foram elaborados pela autora, como resultado da coleta de dados resultante da observação, das atividades reportadas pela equipe e usuários e da literatura. O modelo resultante expressa o trabalho vivo realizado pela equipe, podendo ser caracterizados como fluxogramas descritores, segundo a caracterização feita por Franco (2003), uma vez que definem o caminho que o usuário percorre para obter um cuidado em saúde.

6.3.5. Tipologia da equipe

Com base no referencial teórico adotado na pesquisa e nos dados de campo, foi possível classificar a equipe tanto como equipe integração, quanto como equipe agrupamento (PEDUZZI, 2001). Essa dualidade se dá porque a atuação da equipe não deve ser tomada como uma condição constante e estável, alterando-se de acordo com as situações. Assim sendo, quando os profissionais

da equipe desenvolvem, no café da manhã, uma discussão acerca das características da comunidade e sobre o caso de alguma família específica, o padrão de comportamento observado é o de uma equipe integração. Da mesma forma, para alguns tipos de atendimento em que o fluxo de oferta do cuidado é bem estruturado e envolve diversos membros da equipe – como é o caso do programa de planejamento familiar e do pré-natal – verifica-se que a atuação também converge para o modo de agir de uma equipe integração, ampliando a resolutividade do cuidado.

Porém, nem todos os setores da unidade móvel atuam de modo convergente e estruturado, persistindo modos de atendimento com características de equipe agrupamento, na qual persiste a oferta descoordenada dos cuidados e fracas interfaces entre os diversos setores. É o que ocorre, por exemplo, no trabalho desenvolvido no controle da hanseníase que mantém fraca interação com outras atividades desenvolvidas na UBSF.

Outro exemplo de atuação de equipe agrupamento são as reuniões técnicas realizadas na UBSF, congregando representantes da gerência do DISAR e a equipe multiprofissional da unidade móvel. Na época da coleta de dados reuniões desse tipo de reunião ocorria pouco antes da saída da embarcação. A observação realizada evidenciou o predomínio de um caráter informativo, no qual a equipe de nível central assume o monopólio da fala para enunciar informes, via de regra de procedimentos que devem ser seguidos pela equipe. A disposição física da atividade também é significativa, pois assume a aparência de um auditório, no qual os profissionais de gestão ficam de pé, controlando a cena discursiva, ao passo que a equipe da UBSF permanece sentada.

O fluxo de comunicação é habitualmente unívoco. Ou seja, a equipe de gerência enuncia novas normas (quando existentes) e procedimentos a serem adotados, apresentam ações educativas a serem realizadas na viagem, via de regra seguindo determinações do Ministério da Saúde. Também são repassadas determinações sobre preenchimento de documentação e de envio de dados a serem repassados para a gestão, ao final da viagem. A maioria dos membros da equipe sequer se manifesta nessa reunião. Algumas vezes os enfermeiros e assistente social questionam sobre o atendimento de alguma demanda feita para a equipe de gerência, como, por exemplo, interrogar sobre a vinda de insumos para realização de procedimentos. Entretanto, nas reuniões observadas, não se estabelecia diálogo entre os dois grupos de participantes; as relações permaneciam verticalizadas, cabendo ao grupo da gerência determinar e ter a expectativa de ser obedecido, sem contestação pela equipe técnica da UBSF.

Já as reuniões entre os membros da equipe da unidade móvel, durante a viagem, mantêm caráter horizontalizado, na qual todos os membros se expressam e descrevem suas experiências durante as visitas da territorialização e pactuam a tomada de decisão. São discutidas as condições

de vida e situações de saúde dessas famílias visitadas e os pontos onde as visitas convergem e divergem. O exercício gera ideias criativas sobre ações de saúde a serem desenvolvidas em projetos terapêuticos singulares.

Embora a unidade conte com duas equipes de saúde da família cadastradas as reuniões, divisão do trabalho e tomada de decisões se fazem de modo conjunto, havendo pouca distinção entre ambas duas, uma vez que a atuação das duas equipes ocorre de forma simultânea nas mesmas comunidades e no mesmo espaço físico da embarcação.

Para além de uma classificação do tipo de atuação da equipe na perspectiva da divisão do trabalho há uma característica na interação entre seus membros que é fortemente influenciada pelo ambiente físico da unidade móvel e pelo regime de trabalho embarcado, no qual o local de trabalho é também o local de uma convivência longa, com grande proximidade física e emocional e apartada dos ritmos comuns de vida, como ocorre nas viagens de trabalho:

“Eu acho que realmente ali é uma família que se forma, né? A gente aprende. Não é fácil dividir 7 dias.... Ali são sete dias que a gente fica confinado. Não tem nem sinal de telefone para conversar com a família. Todo mundo se apoia. Se a gente às vezes consegue ter uma notícia de alguém que tá grave na família, aí vai todo mundo, cada um com suas religiões, vai fazer as orações. [Eu vejo] todo mundo empenhado até tarde e preocupado com o que vai fazer no outro dia; qual é a programação que a gente tem que dar mais atenção. São histórias que eu escuto até hoje; tudo que eles [os mais antigos na equipe] já passaram aqui. Eu vejo a persistência que eles tiveram em continuar, em cada barco que eles já viajaram, na forma como foram tratados no serviço...” (Entrevistado 2)

A atuação da equipe no território, calcada na criação de vínculo com a população assistida, nas atividades de reconhecimento do território, na preocupação em propor projetos terapêuticos específicos para as famílias atendidas e nas características singulares do relacionamento instituído entre os profissionais que viajam juntos, permite classificá-la como equipe integração, nos termos enunciados por Peduzzi (2001). Entretanto, tal forma de atuação vem sendo construída mediante iniciativa espontânea da equipe e pelos vínculos de solidariedade cultivados entre seus membros, para fazer frente às penosas condições de trabalho e às situações de vulnerabilidade da população a que se vinculam. Porém, o esforço e a criatividade da equipe não eram valorizados pela gerência do DISAR, que não apenas ignorava de modo ostensivo as adaptações feitas pela equipe da UBSF, mas também não ofertava meios de apoio à sua realização. Por fim, há que se levar em conta que a atuação como equipe integração não era a única forma de atuar das equipes estudadas. Conforme descrito anteriormente, em outros momentos e espaços em particular nas interações instituídas com a equipe de gestão do DISAR, a atuação da equipe da UBSF assumia características de equipe agrupamento.

Em contraponto às normas e rotinas instituídas para a ESF a análise da atuação da equipe evidencia, muitas vezes, um deslocamento do significado das atividades preconizadas para equipes de saúde da família, atribuindo-lhes conotações que respondem às necessidades impostas pela realidade local, cujo teor variará de acordo com o domínio que a equipe detenha sobre determinado tema. Foi algo exemplificado no caso descrito para as ações de acolhimento, cujos sentidos e práticas diferem muito do que está previsto nas normativas técnicas e cuja adaptação, efetuada pela equipe, tanto visa organizar rotinas que são próprias de uma atuação em áreas rurais, quanto atender à pressões ministeriais como é o caso das sucessivas campanhas educativas tipo outubro rosa, novembro azul e outras.

Além disso atividades que já eram realizadas anteriormente são renomeadas e reprogramadas no processo de conversão da atuação da equipe da unidade Rio Negro para ESF. Paralelamente, coexistem ali atividades realizadas, mas não reconhecidas como tal, como as conversas recorrentes com usuários na busca de solução de problemas, nem sempre de saúde, trazidos até a equipe, efetivando ações de acolhimento que a equipe não reconhece como tal, talvez por insuficiente capacitação para atuar como ESF.

No modelo de atenção praticado na unidade móvel ainda persiste, em grande medida, características assistencialistas, limitadas pelo caráter biomédico e, não raro, voltadas para responder essencialmente à queixa atual, com baixa valorização do caráter longitudinal do cuidado. Apesar disso, são diversos os momentos em que a atuação da equipe é permeada por abordagens comunitárias, atendendo a diversas características preconizadas pelo modelo de ESF, demonstrando um caráter de transicional do modelo assistencial ali praticado. As iniciativas da equipe se tornam ainda mais marcantes por serem de moto próprio, não se devendo a pactuação ou deliberação do processo de gestão instituído no DISAR em decorrência da implantação da UBSF e na ausência de ações de capacitação dos profissionais, como pode ser reconhecido na fala a seguir:

“..e a gente já vai traçando o que que tem que abordar, [e avaliando] se tem muita gente [buscando atendimento] além do limite, pra ter ideia do ritmo de atendimento [no turno em curso]. Então, já durante o café isso é visto na conversa da equipe e nós subimos para as comunidades. Nós sempre atendemos em cima [na comunidade] e depois que a gente volta [para a embarcação] para ver se tem atendimento de grávida, procedimento cirúrgico, etc. Para fazer isso o pessoal de apoio já deixa tudo organizado. Porque lá [na unidade móvel] qualquer urgência que chega a gente tem o apoio da farmácia, tem o apoio do laboratório..... da equipe como um todo. Não é individualizado como a gente vê que acontece no setor secundário e terciário de atenção à saúde. Aqui todo mundo está envolvido, todo tempo. Tão batendo na portinha, tão precisando de ajuda, querem alguma

coisa? a pessoa não vai poder [resolver sozinha] né? É mais pela integração da equipe mesmo.”(Entrevistado 2)

6.3.6. Principais dificuldades relatadas pelos profissionais

O relato de um conjunto de dificuldades geradas pela prestação de cuidados em saúde em área rural foi um elemento de análise que emergiu do campo, pois não havia sido previamente programado, a partir do aporte de literatura que apoiou a pesquisa.

A pergunta final do roteiro de entrevista buscava estimular o entrevistado a expressar livremente quaisquer outros aspectos que não houvessem sido perguntados. O resultado das principais respostas a este item foi sistematizado nesta seção e a fala espontânea dos entrevistados priorizou a temática das dificuldades encontradas.

A maior parte das dificuldades apontadas pelos profissionais girou em torno das carências de estrutura física da unidade, que não comporta um número de salas de atendimento que garanta que todos os profissionais possam realizar o atendimento com conforto e privacidade. Ainda que na maior parte das comunidades atendidas existam postos de saúde que ofertam apoio ao trabalho, estas unidades são pequenas, muitas estão sucateadas e não apresentam, estrutura física adequada à realização do atendimento. Cabe lembrar que, de modo diferente ao que acontece em unidades de saúde das cidades, cujo regime de atendimento é diário ao longo de todo o mês, numa unidade móvel o atendimento é concentrado num único turno de trabalho, de modo que todos atuam simultaneamente, não permitindo o uso rodiziado do espaço físico.

Outro problema relatado por diversos entrevistados foi a inadequada interação com a equipe gestora do Distrito de Saúde Rural da SEMSA Manaus, o que, de acordo com os entrevistados, restringe a oportunidade de melhorar o atendimento em saúde realizado nas comunidades. Segue relato de um dos profissionais entrevistados sobre a requisição de materiais, como atividade que precede o início da viagem:

“...então, se tem algum procedimento cirúrgico organizamos e agendamos por fora [da rotina de agendamento de consultas]. Isto está incluso na estratégia saúde da família, mas o DISAR tem dificuldade em incorporar tais atividades nas rotinas e em suprir os insumos necessários para realizar pequenas cirurgias e alguns procedimentos de emergência. Nós é que levamos nosso material para fazer esses procedimentos, então isso tem que ser organizado [previamente]. Se precisar levar algum material para procedimento cirúrgico, vidrinho para biópsia formol para levar para patologia, etc., a gente pede apoio de outros colegas que conseguem por fora.... Tudo isso a gente já deixa acertado antes da viagem né?”

Eles [a gerência do distrito de saúde rural] têm dificuldade até com essa parte de prover as pinças. Primeiro eles diziam que não faz parte do programa; que a gente não tem que fazer procedimento cirúrgico. Só que tem os problemas de urgência que chegam por livre demanda; são cortes, lesões infectadas, traumas e aí gente tem que ter o nosso [material] para não passar perrengue. Hoje em dia, depois de tanto a gente solicitar, já tem um “materialzinho”, que vai na viagem. Ele é emprestado pela maternidade [para a equipe da unidade móvel]. Então não vai em grande quantidade e sempre a gente tem que levar o nosso..” (Entrevistado 2)

A interação vertical e pouco democrática expressa, por exemplo, nas reuniões conduzidas pela gerência do DISAR com a equipe da UBSF não diferem dos achados de Sulti et al., (2015). Esses autores, ao descreverem práticas de reuniões de gestores com profissionais da assistência na região Metropolitana da Grande Vitória no Espírito Santo verificaram que o processo de tomada de decisões e a condução da gestão são feitos de modo tradicional, pautados pela hegemonia dos gerentes, pelo controle sobre o trabalho e por considerarem os profissionais como recursos e não como sujeitos autônomos capazes de participarem ativamente dos processos de gestão (SULTI et al., 2015).

Em contraste com as reuniões conduzidas pela equipe de gerência, aquelas realizadas pela equipe da UBSF durante as viagens – que podem ocorrer até de modo espontâneo e informal e congregam os diversos membros da equipe sem distinção de categoria profissional – onde são analisadas situações-problema que afligem os usuários e providências para solucioná-las são programadas, demonstram com clareza uma atuação como sujeitos de gestão, capazes de conduzir e adequar processos de trabalho para atender às necessidades da população atendida.

Alguns profissionais da equipe também relataram situações de stress laborativo, como carga de trabalho aumentada e falta de segurança, pois a equipe não conta com qualquer forma de proteção durante a viagem e está sujeita a ataques de piratas do rio. Além disso apontam que como a unidade móvel funciona como uma referência do poder público naquela localidade o trabalho da equipe pode ser requerido a qualquer momento, inclusive fora dos horários de expediente, inclusive para atendimento a demandas que ultrapassam a área de saúde. Tais situações alongam a jornada de trabalho e percebem que isso não é reconhecido pela gerência. Observa-se na fala a seguir, a presença desses elementos.

“ Na odontologia o horário de atendimento às vezes, passa das 8 da noite. Outro dia ainda estávamos atendendo depois do expediente e chegou paciente [...]. Quando a gente viu eram duas moças com quatro criancinhas pedindo para ficarem abrigadas no barco, pedindo para levarem elas para outra comunidade porque o marido de uma delas estava querendo matá-la, estava perseguindo-a, armado. Nós apoiamos a paciente e depois a gente foi descobrir que era o maior traficante da área ali; aí ninguém dorme né? Todo mundo trancado no barco esperando qualquer movimento, chegava voadeira perto barco e todo mundo se desesperava, com medo. Então até isso a gente passa” (Entrevistado 2).

Dentre as ações preconizadas pelo modelo da ESF a investigação mostrou que algumas se encaminham para efetivação, como a territorialização, o acolhimento e atuação como equipe integração. Os fluxos aqui descritos expressam características como horizontalização das relações na equipe e busca de construir ações resolutivas em saúde. Tais iniciativas são dificultadas pela falta suporte, por parte da gerência do DISAR, que garantisse sua implantação rotineira e institucionalização.

O panorama do atendimento itinerante investigado mostra que diversas rotinas de reorganização do trabalho já haviam sido iniciadas em período anterior à conversão da UBSF em ESF, em que pese a constante mudança da equipe para diferentes tipos de embarcação e as intermitentes alterações de composição das equipes.

Entretanto o reordenamento do modelo assistencial feito pela equipe da UBSF evolui às escuras, dada a ausência de orientações que guiem o modo de atuação de equipes de saúde em áreas rurais amazônicas. As regulamentações contidas na PNAB, 2011 fornecem apenas algumas diretrizes muito gerais de atuação em saúde rural, limitando-se a enfatizar aspectos como a composição mínima da equipe, número de dias de funcionamento do serviço e de dias de viagem, características gerais da estrutura física da unidade móvel fluvial e seus equipamentos, bem como a definição do incentivo financeiro a ser concedido aos municípios que aderissem à proposta.

Nem essa nem qualquer outra normativa faz menção à necessidade de adaptação do processo de trabalho nem sobre os modos como ações de saúde direcionadas a essas singulares populações, devem ser organizadas. As diretrizes governamentais se limitam a enunciar medidas de financiamento das unidades móveis fluviais, descrever sua estrutura física e definir dias de viagem. Assim sendo, resta ao plano local de assistência assumir o protagonismo dessas ações, que foi o que se verificou na atuação das equipes pesquisadas, em que pese a falta de apoio a ela, por parte dos dirigentes da SEMSA Manaus.

Por outro lado, iniciativas que se proponham a promover a extensão de cobertura da Atenção Básica para populações excluídas, mediante mera indução de financiamento de algumas embarcações, vem sendo criticadas em análises recentes (BRASIL, 2013), que apontam a insuficiência dessas medidas frente ao grande número de municípios na área da Amazônia legal que possuem populações rurais, a ausência de alternativas para garantir o acesso de residentes em áreas de difícil acesso, cujas necessidades de saúde não possam ser atendidas por acesso fluvial através de unidades móveis. Os mesmos autores recomendam que as políticas de atenção à saúde rural deveria dispor de um leque amplo de alternativas de atendimento e preconizam a realização

de pesquisas que analisem as políticas de extensão de cobertura para os espaços rurais, as interfaces com as iniciativas locais e a ampliação do conhecimento sobre tais realidades, propiciando a visibilidade e a democratização desses saberes e práticas produzidos em nível local (BRASIL, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2013).

No que diz respeito à composição da equipe, a PNAB de 2011 só previa equipes básicas de saúde da família composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de seis a doze ACS, sendo facultada, mas não obrigatória, a alocação de profissionais de saúde bucal e um técnico de laboratório. Os dados da pesquisa na unidade fluvial Rio Negro evidenciaram a importância de se dispor de uma equipe ampliada, com destaque para a importância da atuação de profissionais como o farmacêutico e o assistente social, cuja atuação amplia, de modo efetivo, a resolatividade e efetividade da atuação da equipe. Por outro lado, os dados mostram a carência gerada pela ausência de um NASF de apoio às atividades da unidade móvel, bem como de outras formas de articulação entre a equipe da UBSF e unidades de referência como maternidades, visto que as gestantes das comunidades rurais não têm garantia de acesso a leitos para seus partos.

As especificidades logísticas e de composição da equipe da unidade Rio Negro, apontam alternativas que avançam na superação do modelo de trabalho “parcelar” que resulta em fragmentação dos esforços dos profissionais e numa perda de compreensão da totalidade do trabalho e das necessidades de saúde da população (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Os fluxos construídos a partir dos dados de campo mostram a existência de uma atuação conjunta que articula setores e profissionais, propiciando ações mais abrangentes que a obtida a partir de atuação isolada de setores. Tais interligações favorecem o aprimoramento das dimensões organizacional e profissional do cuidado em saúde (CECILIO, 2011). Ainda assim, considerando-se os resultados obtidos na investigação observa-se que o modelo assistencial, embora permeado por momentos e algumas características preconizadas pelo modelo da ESF, permanece majoritariamente centrado em queixa-conduta, com caráter fortemente biomédico e assistencial, em particular no que diz respeito ao trabalho médico.

Merhy, Camargo e Feuerwerker (2009) reconhecem a necessidade de implementar uma perspectiva ampliada, para além da “medicina do corpo de órgãos”, a fim de efetivar a necessária mudança do modelo assistencial na rede de atenção primária. Apontam, porém, dificuldade de compreensão desse processo para além da expressão biológica, potencializada pela fragmentação do cuidado por áreas específicas do conhecimento técnico, o que limita as abordagens integrativas na resolução de problemas de saúde, que são complexos e exigem atuação conjugada de

profissionais de diversas áreas de conhecimento (MERHY; CAMARGO; FEUERWERKER, 2009, p. 30) (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A superação da fragmentação do cuidado torna-se viável na efetivação do trabalho vivo, em ato, no cotidiano dos serviços. Emerson Merhy (1997, 2000), um dos autores que mais explorou as diferentes nuances do “trabalho vivo”, interessa-se em demonstrar e valorizar as adaptações e recriações feitas pelas equipes de saúde, não raro descritas através do neologismo *customização*, para fazer frente a processos de trabalho rigidamente prescritos e com baixa congruência com as necessidades, demandas e realidades locais.

De acordo com o autor é a partir de tais lacunas que florescem as tecnologias leves, que permitem criar espaços de intercessão entre profissionais e usuários, ou na relação interprofissionais membros da equipe de saúde. Tais estratégias, via de regra carregadas de subjetividade e da criatividade das equipes, são as que possibilitam encontros mais profícuos entre serviços e cidadãos, provendo cuidados de saúde mais acolhedores e satisfatórios e suprindo as lacunas deixadas pelos procedimentos calcados apenas nas tecnologias duras.

Essas características de atuação foram frequentes nos achados da pesquisa junto às equipes da unidade Rio Negro, tal como descrito na criação das frentes de trabalho da odontologia, na criação do “laboratório” de territorialização, nas estratégias de gestão da assistência farmacêutica que criou novas facetas de atuação do farmacêutico, não encontradas habitualmente em unidades básicas de saúde.

Tal potencial criativo já havia sido identificado por Lima et al., (2016) cuja investigação, realizada na unidade fluvial Igarçu, verificou que ali os trabalhadores também identificaram a necessidade de se criar um protocolo específico de atuação naquela unidade, por perceberem a inadequação das rotinas e modelos assistenciais preexistentes, de resto concebidos sob uma ótica urbana, incapaz de abarcar as complexas condições de vida no meio rural. Os autores enfatizam que embora os profissionais que atuam na Igarçu cumpram as normas técnicas que regem sua atuação, eles se esforçam, tal como nos achados junto a equipe do Rio Negro, em transpô-las, na busca de lidar com as necessidades reais da população.

A análise da relação entre estrutura física e organização do trabalho, expressa por exemplo, no fluxograma descritor geral de atividades desempenhadas na unidade móvel, uma gama de atividades desenvolvidas no intramuros da unidade fluvial em contraponto às realizadas na comunidade. Os profissionais entrevistados referem, de modo praticamente unânime, a limitação de espaço físico como importante dificuldade na organização e qualidade do trabalho, resultante do fato da embarcação não dispor de salas suficientes para garantir privacidade rotineira em

qualquer atendimento realizado. Entretanto, durante a viagem de campo foi possível observar que, quando os profissionais de saúde estão no território da comunidade, transitando pelos ambientes, ali realizando consultas e outras ações de rotina, os usuários se sentem mais à vontade para abordá-los nesses momentos. Até a pesquisadora, estando em campo, foi abordada com perguntas e dúvidas relativas às medicações, consultas e outras situações de saúde. Não se trata de negar a importância e a necessidade de dispor de estrutura física adequada para realizar o atendimento. Trata-se de refletir sobre dimensões limitadoras e barreiras psicológicas instituídas pelo predomínio do intramuros nas relações entre equipes de saúde de família e população. A formatação de UBSF, tal preconizada pela PNAB oferece ganhos estruturais de uma perspectiva, as salas privativas para atendimento dos profissionais. Entretanto, pode reduzir tempo e oportunidades de interação entre a equipe e entorno comunitário.

Outro elemento conceitual de importância na organização do trabalho na estratégia de saúde da família é a territorialização das ações de saúde, que se encontrava em fase de implementação pela equipe, no processo de conversão do modelo assistencial. A literatura tem criticado o uso da categoria território pelo sistema de saúde, apontando que ela vem sendo utilizada através de uma abordagem superficial, tomada como sinônimo de mera delimitação físico-geográfica de determinado espaço. Também critica as políticas de saúde que vêm deixando de lado a compreensão da influência que o território exerce na vida dos coletivos que o ocupam, bem como as relações de poder que permeiam as interações entre pessoas e grupos no território e as interfaces também com as relações extraterritoriais (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Está em jogo aqui a complexidade da noção de território, um conceito que agrega características espaciais, históricas, epidemiológicas, políticas, sociais e culturais, que foi apropriado pela estratégia saúde da família, nas suas pretensões de reordenamento do modelo assistencial dotando-o de base territorial e insistindo na importância de vincular equipes a determinados territórios, com suas múltiplas e complexas redes de relações. Outra vertente que cerca a temática da territorialização é o levantamento e uso de informações sobre as características e populações do território visando compreender os agravos de maior relevância e guiar a escolha de ações para lidar com os principais problemas de saúde que ocorrem no território. Autores como Santos e Rigotto (2010), apontam que a operacionalização do conhecimento obtido na prospecção dos territórios e a utilização prática dessas informações na condução das atividades assistenciais permanecem como um desafio na área da saúde.

Em que pese a ausência de um planejamento sistematizado elaborado pelo distrito de saúde rural da SEMSA Manaus, e que se mostre capaz de orientar a conversão do modelo assistencial

rumo à ESF, observou-se que as equipes que atuam na unidade móvel fluvial foram proativas na busca de superar as lacunas e desafios deixados pelas concepções e delimitações de territórios sanitários adotadas no SUS. As estratégias de territorialização criadas pelas equipes que atuam na unidade fluvial Rio Negro, como é o caso do “laboratório”, mostram um importante esforço em aprimorar o conhecimento de seu território e buscar o entendimento das singularidades dos modos de vida que o modelo assistencial anterior, calcado na demanda espontânea não permitia descortinar.

Tais desafios são potencializados pelo fato que os modelos de territorialização disponíveis são ordenados por lógicas muito distintas daquelas vigentes nas áreas rurais amazônicas, mostrando-se incapazes de orientar, por exemplo como proceder a vinculação entre população e profissionais que se deslocam regularmente no território, que têm uma janela assistencial muito estreita devido ao limite do tempo de permanência em cada localidade e cuja acessibilidade sofre profundas alterações a depender do período de cheias e vazantes dos rios. Os relatos ouvidos durante a viagem destacam que a alteração da altura dos rios e nos níveis de chuva também influenciam a prevalência de doenças infecciosas, alteram transporte de alimentos e de pessoas e afetam a disponibilidade de combustível. Todos esses são elementos com importantes implicações no acesso e uso de serviços de saúde, os quais a equipe tem se esforçado por apreender e utilizar no seu dia a dia.

Em publicação recente, Santinha, (2013) afirma que as regiões rurais são as que dispõem de uma menor gama de cuidados em saúde e que apresentam menor procura de serviços primários de saúde, resultando na postergação de cuidados e diagnósticos. A mesma autora destaca a necessidade de aprofundar discussões sobre os territórios, na busca de alcançar a dimensão de uma “política de base territorial”, a ser considerada com seriedade nos processos de tomada de decisão.

Não se tem ainda informações consistentes, capazes de guiar as proposições assistenciais e de planejamento para o trabalho em saúde junto às populações rurais. Entretanto, a riqueza das experiências locais poderá representar o fio condutor a alimentar futuros modelos de atenção, portadores da sensibilidade necessária para apreender as singularidades e distinções das necessidades em saúde de populações amazônicas. Nesse sentido, unificando a prática de territorialização desenvolvida pela equipe e as reuniões desencadeadas a partir dessa prática, observa-se pela dinâmica da reunião de equipe, que ela tem potencial a ser explorado tal como acontece com as ações de acolhimento. Esse conjunto de procedimentos tem potencialidade para apoiar a construção de projetos terapêuticos singulares, segundo as necessidades da população assistida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao revisarmos os objetivos propostos pelo projeto os resultados analisados evidenciam que na UBSF investigada alternam-se momentos e práticas em que se constrói uma atenção ampliada, concomitantemente à práticas em que o modelo assistencial ali praticado ainda é majoritariamente biomédico. O sucesso na adaptação do trabalho decorre, em parte, devido a atuação de profissionais que agem nos moldes de uma equipe ampliada, anteriormente citada, mas também é limitado pelo restrito tempo de permanência em cada localidade e pelos desafios gerados pelas barreiras geográficas.

Os fluxos de atendimento que a equipe conseguiu criar, na busca de aprimorar a efetivação de ações de atenção programática, evidenciam a atuação articulada de diferentes setores e profissionais, rompendo com os moldes do trabalho prescrito e adaptando as rotinas de modo a ofertar o cuidado de modo aproximado às necessidades dos usuários.

No tocante a especificidade do atendimento às populações ribeirinhas a equipe ainda não mostra um nível detalhado de compreensão das necessidades de saúde inerentes ao território com sua especificidade. Além disso, o apoio do nível central para as iniciativas de territorialização são insuficientes para efetivação das mesmas.

Os resultados da pesquisa evidenciaram a importância de se levar em conta as iniciativas locais de atenção à saúde, principalmente quando ofertada a grupos populacionais específicos, como os ribeirinhos na área rural Amazônica. Nesse sentido, pesquisas e publicações podem ser meios de conferir visibilidade a avanços gerados no plano local, servindo também ao aprimoramento de política nacionais, cujas características genéricas e, com frequência desenhadas em moldes adequados a outras realidades, não levam em consideração as especificidades e necessidades das populações reais que vivem nos territórios adscritos às unidades de saúde. Espera-se que o acúmulo dessas informações possa subsidiar o desejado aprimoramento do modelo assistencial.

Os dados gerados na pesquisa podem contribuir para repensar a estratégia de saúde da família, pensada como alternativa para reorganização do modelo de saúde do Brasil, no espaço amazônico. Nesse sentido, a pesquisa permitiu evidenciar limitações das premissas e normas técnicas vigentes e a necessária adaptação quando aplicadas ao atendimento realizado em unidade móvel fluvial rural. A explicitação de iniciativas factíveis criadas em âmbito local, demonstra oportunidades de aplicação dos princípios e diretrizes do SUS, na promoção da equidade e universalidade de acesso ao cuidado de saúde.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações do estudo apontamos lacunas de informação sobre o trabalho dos agentes de saúde, o que se deve ao fato da coleta de dados ter sido feita na UBSF e junto à equipe que ali atua, ao passo que os agentes de saúde vivem e atuam diretamente nas comunidades, que não foram objeto dessa investigação. Futuros estudos deverão ser dirigidos a atuação desse personagem, a fim de completar o conjunto de cuidados ofertados pelo Distrito Sanitário Rural de Manaus para sua população rural.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty F. DE; FAUSTO, Márcia C. R.; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre, Artmed, 2009.

ARANTES, Luciano J.; SHIMIZU, Helena E.; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004.

BAPTISTINI, Renan A.; FIGUEIREDO, Túlio A. M. DE. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 53–70, 2014.

BARBOZA, Tatiane A. V.; FRACOLLI, Lislaine A. A utilização do “ fluxograma analisador ” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036–1044, 2005.

BITOUN, J. O que revelam os índices de desenvolvimento humano. In: **Desenvolvimento**

humanos no Recife - Atlas Municipal. Recife: 2000. p. 59.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Brasília: 2011.

_____. **De Geografia E Estatística - IBGE.** Brasília. v. 42

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Análise das Políticas Públicas em interface com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campos e das Floresta(PNSIPCF): Primeiro Relatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas, das Águas. **Anais...** Brasília: 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAB.** Brasília: 2012b.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2011. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. Reflexões Sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S.; GUERRERO, André Vinicius Pires. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** Brasília: OPAS/MS, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/586/1/Manual%20de%20praticas%20em%20atencao%20basica.pdf>>

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1–8, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg et al. **Intensidade na Atenção Básica:** prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. v. 2

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação,** Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011.

COHEN-CARNEIRO, Flávia et al. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1827–1838, 2009.

COSTA, Maria Dalva H. da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais.** 1998. Disponível em: <
http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf>

CUTOLO, Luiz Roberto A. et al. **Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família.** Brasília: 2000. Disponível em: <
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/264>>

DUARTE, Cristina Maria R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1163–74, 2015.

FERTONANI, Hossana P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde , em apoio ao Planejamento : O caso de Luz - MG. In: MERHY, Emerson E. et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161–198.

_____ ; BUENO, Wanderley Silva.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345–353, 1999.

GARNELO, Luiza et al. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. special, p. 158–172, 2014.

GARUZI, Miriane et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144–149, 2014.

GOLDSTEIN, Roberta Argento et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45–56, 2013.

IMAZON. **Imazon Activity Report 2014**. Belém: 2014. Disponível em:< mazon.org.br/PDFimazon/Ingles/annual_reports/ImazonActivityReport2014.pdf>

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29–44, mar. 2005.

LIMA, RODRIGO Tobias de Souza et al. Saúde sobre as águas. In: CECCIM, Ricardo Burg et al. **Intensidade na Atenção Básica**: prospecção de experiências informes e pesquisa-formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. v. 2. p. 269 -294.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114–123, 2015.

MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 78-112.

MERHY, Emerson E.; CAMARGO, L.; FEUERWERKER, M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana C. de Souza; GOMBERG, Estélio. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 29–56.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

MONKEN, Maurício.; BARCELLOS, Cristovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898–906, 2005.

NAKAMURA, Eunice. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95–103, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria. R.; MIOTO, Regina Célia T. Sistematização , Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em:< <http://www.poteresocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/236HBX6.pdf>>

ONU. WHO. **Alma Ata Declaration. Anais...** International Conference on Primary Health Care.

Alma-Ata, 1978

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERES, Frederico. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1995–2004, 2009.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316–319, 2000.

RIBEIRO, Edilza M.; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438–446, 2004.

SANTINHA, Gonçalo. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 815–829, 2013.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2010.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2013.

SILVA, Ricardo Henrique Alves da et al. Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. Supl. 1, p. 1475–1480, 2010.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e Perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Andréa (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ESPJV, 2007. p. 27–41.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; PINHEIRO, Roseni. Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 451–459, 2014.

STARFIELD, Barbára. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: STARFIELD, Barbára.

Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. p. 19-42.

SULTI, Amanda Del Caro et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172–182, 2015.

VICTORA, Ceres. G.; KNAUTH, Daniela Rica; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde** : uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

10. APÊNDICE

10. 1. Apêndice I – Roteiro da Entrevista Semi Estruturada

Item 1 – Identificação

Nome:

Idade:

Sexo: M () F ()

Ocupação:

Equipe a que está vinculado

Grau de Escolaridade:

Função Desempenhada no Barco:

Tempo de trabalho no barco:

Atuou anteriormente na ESF em área urbana? SIM () NÃO ()

Se sim, por quanto tempo?

Atuou anteriormente na AB tradicional em área urbana? SIM () NÃO ()

Se sim, por quanto tempo?

Item 2 – Questões Norteadoras para a Investigar a Organização do Trabalho

1. Para você e seu setor, existem atividades que precedem a saída do barco para atendimento? Se sim, descreva-as.

2. Como você descreveria seu dia típico de trabalho na UBSF durante a viagem?

3. Você identifica alguma especificidade na organização do atendimento e na prestação do cuidado ofertados à população rural atendida pela equipe? Se sim, descreva:

4. Quais e qual a finalidade dos momentos de interação da equipe de saúde de família que atua no barco? Como descreveria o último desses eventos em que você participou?

5. Em seu setor é necessária a programação da agenda de atendimento? Se sim, como é realizada a organização da agenda de atendimento?

6. A equipe desenvolve, ou desenvolveu, atividades de reconhecimento de situações de saúde no território onde atende? Se sim, quais as atividades?

7. Durante a viagem e a prestação do cuidado em saúde, quais os setores que você tem mais contato? Qual o setor de maior interação com o seu setor e como se dá essa interação? Existe alguma interação com algum profissional que você sente falta?

11. ANEXOS

11.1. Anexo I – CNES da UBSF Rio Negro

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		7/11/2017 DATASUS	
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE			
IMPRESSÃO DA FICHA REDUZIDA			
Identificação			
CADASTRADO NO CNES EM: 29/12/2003 ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 4/11/2017			
Nome:		CNES:	CNPJ:
UNIDADE MOVEL FLUVIAL SEMSA IV		2016060	
Nome Empresarial:		CPF:	Personalidade:
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE MANAUS		--	JURÍDICA
Logradouro:		Número:	
RUA RECIFE		1695	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município: UF:
	PARQUE 10	69057001	MANAUS AM
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Gestão:	Dependência:
UNIDADE MOVEL FLUVIAL		MUNICIPAL	MANTIDA
PROFISSIONAIS SUS			
Médicos		6	
Outros		77	
PROFISSIONAIS NÃO SUS			
Total		0	
Atendimento Prestado			
Tipo de Atendimento:		Convênio:	
AMBULATORIAL		SUS	
SADT		SUS	
Fluxo de Clientela:			
ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA			
Leitos			
Estabelecimento não possui Leitos Cadastrados			
Equipamentos			
EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Equipamento:	Existente:	Em Uso:	SUS:
AMALGAMADOR	1	1	SIM
APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO	2	2	SIM
CANETA DE ALTA ROTACAO	3	3	SIM
CANETA DE BAIXA ROTACAO	3	3	SIM
COMPRESSOR ODONTOLOGICO	2	2	SIM
EQUIPO ODONTOLOGICO	2	2	SIM
FOTOPOLIMERIZADOR	2	2	SIM
Resíduos/Rejeitos			
Coleta Seletiva de Rejeito:			
NENHUM			

Instalações Físicas para Assistência		
AMBULATORIAL		
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
ODONTOLOGIA	1	0
Serviços de Apoio		
Serviço:	Característica:	
S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO	

Serviços Especializados

Cod.:	Serviço:	Característica:	Ambulatorial:		Hospitalar:	
			Amb.:	SUS:	Hosp.:	SUS:
101	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
158	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO

Serviços e Classificação

Código:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
101 - 007	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	SAUDE DA FAMILIA FLUVIAL COM SAUDE BUCAL	NÃO	NAO INFORMADO
158 - 001	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE	SERVICO DE ATENCAO INTEGRAL EM HANSENIASE TIPO I	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
125 - 005	SERVICO DE FARMACIA	DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS BASICOS	NÃO	NAO INFORMADO

11.2. Anexo II –Lista de padronização de medicamentos disponibilizados em assistência farmacêutica da unidade “Rio Negro”



Assistência Farmacêutica - Padronização 2017

Item	Componente Básico	Concentração
1	Aciclovir	Comprimido 200 mg
2	Aciclovir	Creme 50 mg/g. Bisnaga
3	Albendazol	Comprimido 400 mg
4	Albendazol	Suspensão Oral 40 mg/mL Frasco 10 mL
5	Cloreto de Sódio	Solução 0,9% Frasco 250mL Sistema fechado
6	Cloreto de Sódio	Solução Nasal 0,9% Frasco conta-gotas 30 mL
7	Dexametasona, acetato	Creme Dermatológico 1 mg/mL Bisnaga 10 g
8	Dipirona Sódica	Comprimido 500 mg
9	Dipirona Sódica	Solução Oral 500 mg/mL Frasco 10 mL
10	Estriol	1mg/g bisnaga 50g + Aplicador
11	Fenoterol, bromidrato	Solução inalante Frasco conta-gotas 20 mL
12	Fluconazol	Cápsula 150mg
13	Hidrocortisona, acetato	creme 1% bisnaga
14	Ibuprofeno	Comprimido 300 mg
15	Ibuprofeno	Suspensão Oral 50 mg/mL Frasco 30 mL
16	Ipratrópio, brometo	Solução Inalante 0,25 mg/mL Frasco conta-gotas 20 mL
17	Ivermectina	Comprimido 6 mg
18	Loratadina	Comprimido 10 mg
19	Loratadina	Xarope 1 mg/mL Frasco 100 mL + dosador oral
20	Metoclopramida	Comprimido 10 mg
21	Miconazol, nitrato	Creme Dermatológico 2 % Bisnaga 30 g
22	Miconazol, nitrato	Creme Vaginal 2 % Bisnaga 80 g + Aplicador
23	Nistatina	Suspensão Oral 100.000 UI/mL Frasco 50 mL + dosador oral
24	Omeprazol	Comprimido 20 mg
25	Paracetamol	Comprimido 500 mg
26	Paracetamol	Solução Oral 200 mg/mL Frasco conta-gotas 15 mL
27	Permetrina loção	Loção Tópica 5 % Frasco 60 mL
28	Prednisolona, fosfato sódico	Solução Oral 4,02 mg/mL (equivalente a 3mg prednisolona/mL)
29	Prednisona	Comprimido 5 mg
30	Prednisona	Comprimido 20 mg
31	Prometazina	Comprimido 25 mg
32	Ranitidina, Cloridrato	Comprimido 150 mg
33	Sais para Reidratação Oral	Pó p/ Solução Oral Envelope 27,9 g
Item	Asma e Renite	Concentração
34	Beclometasona, dipropionato	Aerossol 250 mcg/dose Frasco dosador
34	Budesonida	32, 50 e 64mcg/dose
35	Salbutamol, sulfato	Aerossol 100 µg/dose Frasco 200 doses
Item	Fitoterápicos	Concentração
36	Espinheira santa (Maytenus ilicifolia)	Comprimido 500 mg
37	Guaco (Mikania Glomerata)	Xarope Frasco 100mL
38	Isoflavona de Soja (Glycine Max)	Cápsula 75mg

Item	PLAFLAM	Concentração
39	Etinilestradiol + levonorgestrel (MS*)	Comprimido 0,03 mg + 0,15 mg Cartela com 21 comprimidos
40	Levonorgestrel (MS*)	Comprimido 0,75mg
41	Medroxiprogesterona, acetato (MS*)	Solução Injetável 150 mg Frasco Ampola
42	Medroxiprogesterona	Comprimido 10mg
43	Noretisterona (MS*)	Comprimido 0,35 mg Blister c/ 35 comp.
44	Noretisterona + Estradiol (MS*)	Solução Injetável 50 mg+5 mg/mL Ser. pré-carregada + agulha
Item	HIPERDIA	Concentração
45	Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg
46	Anlodipino, besilato	Comprimido 5 mg
47	Atenolol	Comprimido 50 mg
48	Captopril (urgências hipertensivas)	Comprimido 25mg
49	Carvedilol	Comprimido 6,25 mg
50	Digoxina	Comprimido 0,25 mg
51	Enalapril	Comprimido 10 mg
52	Espironolactona	Comprimido 25 e 100 mg
53	Furosemida	Comprimido 40 mg
54	Glibenclâmida	Comprimido 5 mg
55	Gliclazida, ação prolongada	Comprimido 30, 60 mg
56	Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg
57	Insulina Humana NPH (MS*)	suspensão injetável 100 UI/mL Frasco Ampola 10 mL
58	Insulina Humana Regular (MS*)	solução injetável 100 UI/mL Frasco Ampola 10 mL
59	Losartan	Comprimido 50 mg
60	Metformina	Comprimido 500 e 850 mg
61	Metildopa	Comprimido 250 mg
62	Propranolol	Comprimido 40 mg
63	Sinvastatina	Comprimido 20 mg
Item	Carências Nutricionais	Concentração e Apresentação
64	Ácido Fólico (MS)	Comprimido 5 mg
65	Sulfato Ferroso (MS)	Comprimido 40 mg Fe**
66	Sulfato Ferroso (MS)	Xarope 5 mg/mL Frasco
67	Retinol, palmitato	Solução Oleosa 150.000 UI/mL Frasco conta-gotas 20 mL
68	Vitamina A (MS)	Cápsula 200.000UI
69	Tiamina	Comprimido 300mg
Item	Osteoporose	Concentração
70	Alendronato de sódio	Comprimido 10 mg
71	Alendronato de sódio	Comprimido 70 mg
72	Carbonato de Cálcio	Comprimido 1250 mg (500 mg de Ca++)
73	Carbonato de Cálcio + Colecalciferol	Comprimido 500 mg + 400 UI

11.3. Anexo III – Impressos criados pela equipe da unidade Rio Negro – HIPERDIA

EXAMES COMPLEMENTARES:	DATA

ACOMPANHAMENTO HIPERDIA

Cartão válido somente com apresentação de receituário médico atualizado

Admissão	Atendimento Inicial (assinatura)	Acompanhamento Antropométrico							Acompanhamento Farmacoterapêutico	
		Data	Assinatura	Altura (cm)	Peso (kg)	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Cintura (cm)	Data	Assinatura
	Data: / /	/				X			/	
2º mês		/		Idem		X			/	
3º mês		/		Idem		X			/	
4º mês		/		Idem		X			/	
5º mês		/		Idem		X			/	
6º mês	Data: / /	/		Idem		X			/	

ACOMPANHAMENTO HIPERDIA

Cartão válido somente com apresentação de receituário médico atualizado

Segmento	Atendimento Médico (assinatura)	Acompanhamento Antropométrico							Acompanhamento Farmacoterapêutico	
		Data	Assinatura	Altura (cm)	Peso (kg)	PA (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Cintura (cm)	Data	Assinatura
7º mês		/				X			/	
8º mês		/		Idem		X			/	
9º mês	Data: / /	/		Idem		X			/	
10º mês		/		Idem		X			/	
11º mês		/		Idem		X			/	
12º mês		/		Idem		X			/	



SAÚDE

Distrito de Saúde Rural
Estratégia de Saúde da Família Fluvial

CARTÃO HIPERDIA



HIPERDIA



Saúde da Família

Comunidade: _____ ESF: _____

Nome: _____ CNS: _____

Data de Nascimento: / / Idade atual: _____

() Hipertenso () Diabético



DISA RURAL

COMUNIDADE

RECEITUÁRIO HIPERDIA

Paciente: _____ Data: / /

Uso Contínuo por () dias

MEDICAMENTO	Manhã	Tarde	Noite	Ao deitar
AAS 100 mg () comp.				
Anlodipino 5 mg () comp.				
Atenolol 50 mg () comp.				
Carvedilol 6,25 mg () comp.				
Digoxina 0,25 ms () comp.				
Enalapril 10 mg () comp.				
Espironolactona 25 mg () comp.				
Furosemida 40 mg () comp.				
Hidroclorotiazida 25 mg () comp.				
Losartana 50 mg () comp.				
Metildopa 250 mg () comp.				
Propranolol 40 mg () comp.				
Sinvastatina 20 mg () comp.				

MEDICAMENTO	Manhã	Tarde	Noite	Ao deitar
Glibenclamida 5mg () comp.				
Glicazida 80 mg () comp.				
Insulina NPH () comp.				
Insulina Regular () comp.				
Metformina 850 mg () comp.				

Assinatura e Carimbo

