



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DO AMBIENTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO AMBIENTE E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**O “PULSO DAS ÁGUAS” E O ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS/AM.**

MANAUS

2020

IZI CATERINI PAIVA ALVES MARTINELLI DOS SANTOS

**O “PULSO DAS ÁGUAS” E O ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO BAIXO
AMAZONAS/AM.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientação: Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

MANAUS

2020

IZI CATERINI PAIVA ALVES MARTINELLI DOS SANTOS

**O “PULSO DAS ÁGUAS” E O ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA DA POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO BAIXO
AMAZONAS/AM.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientação: Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

Aprovação em: 23/03/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt - Presidente

Instituto Leônidas e Maria Deane-ILMD/FIOCRUZ

Profa. Dra. Andrea Viviana Waichman - Membro

Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Sônia Maria Lemos- Membro

Universidade Estadual do Amazonas

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla- Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S237a Santos , Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos
O “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo Amazonas/AM. / Izi Caterini Paiva Alves Martinelli dos Santos . 2020
83 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Júlio César Schweickardt
Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. acesso à saúde. 2. território. 3. população Rural. 4. ciclo hidrológico. I. Schweickardt, Júlio César. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

Aos amores da minha vida, minha mãe Cátia Paiva e
meu esposo Andre Santos.

Aos ribeirinhos e quilombolas do baixo Rio
Amazonas.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, prof. **Dr. Júlio César Schweickardt**, por me acolher, acreditar, apoiar, ouvir, encorajar, inspirar e orientar. Por abrir a porta que me proporcionou grandes encontros.

Aos **ribeirinhos e quilombolas do baixo Rio Amazonas**, por abrirem suas casas, compartilharem suas histórias e aceitarem construirmos juntos essa pesquisa.

Aos **profissionais e secretários de saúde dos municípios de Barreirinha e Parintins** por contribuírem com a pesquisa compartilhando suas práticas no território.

Ao **Lucas de Almeida**, coordenador da Atenção Básica em Barreirinha, por não medir esforços para a realização da pesquisa.

Aos **docentes e técnicos** do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia- PPGCASA-UFAM.

Aos amigos **Rodrigo Alves, Guilherme Honorato e Juscelino Oliveira** por compartilharem comigo o grande caminho do mestrado.

Aos **pesquisadores do LAHPSA** – Laboratório de Histórias, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, pelas partilhas, encontros e afetos.

Às queridas **Joana Silva e Laura Landau** por compartilharem a vivência no território quilombola da comunidade Santa Tereza do Matupiri.

Às queridas **Vanessa e Josiane** pelas trocas e parcerias na pesquisa e no estágio em docência.

Às amigas **Fabiana Mânica, Ana Elizabeth e Thalita Guedes** pelo incentivo, partilha, trocas, grandes encontros e produções.

Aos amigos **Camila Araújo, Gustavo Araújo e Bianca Esteves** pelas contribuições e apoio na construção desta dissertação.

Às amigas cariocas **Fernanda e Amanda** por toda inspiração, amor e força.

À prof. Dra. **Sônia Maria Lemos** por me ensinar SER resistência e defender o nosso Sistema Único de Saúde, minha fonte de incentivo e cuidado.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq** e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas –FAPEAM** pelo apoio à realização da pesquisa por meio de financiamento do projeto de pesquisa “Acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas” no âmbito do Edital PPSUS.

Aos meus sogros **Paulo Santos e Roseane Martinelli** e cunhada **Paula Martinelli**, pelo encorajamento e apoio.

Aos meus sobrinhos **Matheus e Davih** que foram os motivos para as pausas leves e amorosas na escrita.

Ao meu esposo **Andre Santos** por todo amor, cuidado, paciência, incentivo e apoio. Por compartilhar comigo o que temos de mais precioso: a vida.

À minha mãe **Cátia Paiva** por ser minha força e minha inspiração, pelo cuidado e amor “do tamanho do mundo e muito mais”.

O homem depende do seu pensamento

Mokiti Okada

RESUMO

A Amazônia é um território singular e as relações estabelecidas com o ambiente, fazem com que os modos de vida da população também sejam diferenciados. Este estudo buscou compreender os fluxos e as redes produzidas no acesso à saúde e na produção do cuidado da população ribeirinha do município de Barreirinha. Fizemos uso da cartografia como abordagem metodológica, nos permitindo mapear as redes estabelecidas no território no que tange o acesso à saúde. Utilizamos a ferramenta do usuário-guia para percorrer os pontos da rede produzidos pelos usuários, partindo de uma necessidade de assistência à situação de urgência e emergência. Este estudo mostrou que os fatores ambientais como cheia, seca e a força do rio exercem influência no acesso aos serviços nesta região, porém, estes não se tornam barreiras de acesso. No período de águas altas os principais motivos de remoção são classificados como “Gravidez, Parto e Puerpério” enquanto nas águas baixas os motivos “Causas externas de morbidade e de mortalidade” são os principais. Por fim, entendemos que a Amazônia, com suas características socioambientais, traz desafios para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, e nos apontam para a necessidade de realizar análises e estudos para que possamos acompanhar a dinâmica da vida das pessoas e populações ribeirinhas no imenso território líquido.

Palavras chaves: Acesso à saúde; Território; População Rural

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de saúde
AD	Análise do discurso
ANA	Agência Nacional de Águas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPRM	Serviço Geológico do Brasil
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial

LISTA DE QUADRO

Quadro 1. Componentes da Rede de Urgência e Emergência.....	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Procedências das internações nos hospitais de Parintins-AM nos anos 2017 e 2018	36
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Amazonas	29
Figura 2. Mapa de localização dos distritos de saúde de Equipes Ribeirinhas	33
Figura 3. Cotograma da estação fluviométrica de Parintins	38
Figura 4. Frequência CID-10 das Remoções dos Distritos de Saúde Ribeirinha-Barreirinha/AM	40
Figura 5. Frequência CID-10 das Remoções do Hospital em Barreirinha para Parintins	41
Figura 6. Frequência CID-10 das Internações dos Ribeirinhos de Barreirinha nos Hospitais de Parintins	42
Figura 7. Fluxos dos ribeirinhos no acesso à RUE em Barreirinha-AM.....	46
Figura 8. Mapa de Localização das Comunidades Quilombolas de Barreirinha	48
Figura 9. Comunidade Santa Tereza Matupiri. Período de águas altas.....	52
Figura 10. Processo da produção da farinha.....	53
Figura 11. Família reunida na produção de vassouras	53
Figura 12. Ação de limpeza da comunidade	54
Figura 13. ACS e o campo de futebol no período de cotas altas do rio	56
Figura 14. Campo de futebol no período de cotas baixas do rio	56
Figura 15. Lâmina de "mastiar" madeira.....	61
Figura 16. Ambulancha da comunidade Santa Tereza do Matupiri	62
Figura 17. Fluxo do usuário-guia no acesso à RUE	67
Figura 18. Rede viva do usuário-guia	71

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
METODOLOGIA.....	19
Classificação da Pesquisa.....	19
Cenário do Estudo.....	19
Sujeitos da Pesquisa.....	19
Métodos e Técnicas.....	20
Análise dos dados.....	22
CAPÍTULO I - A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARREIRINHA, BAIXO AMAZONAS.....	24
1.1 Território líquido e a população ribeirinha.....	24
1.2 Regionalização e as regiões de saúde do Amazonas.....	27
1.3 A Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência.....	29
1.4 A Rede de Saúde do Município de Barreirinha.....	32
1.5 Parintins, um ponto da rede.....	35
1.6 “Coisa grande” e o pulso das águas.....	37
CAPÍTULO II - FLUXOS E ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BAIXO AMAZONAS, AM.....	43
2.1 Os fluxos dos ribeirinhos no acesso à Rede de Urgência e Emergência.....	43
2.2 A ferramenta “usuário-guia”.....	47
2.3 Quilombolas do rio Andirá.....	47
2.4 Comunidade Santa Tereza do Matupiri, o lugar do encontro entre o pesquisador e as pessoas do lugar.....	51
2.5 O usuário-guia e o nosso encontro.....	58
2.6 Memória, encontros e cuidado.....	60
2.7 As questões envolvidas no acesso pela perspectiva do caso-guia.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS: um porto de chegada para nos levar a outras viagens.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A – PERGUNTAS DISPARADORAS PARA O USUÁRIO-GUIA.....	79
APÊNDICE B – PERGUNTAS DISPARADORAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	80
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	81
ANEXO I.....	83

INTRODUÇÃO

A Amazônia é um lugar singular, composta por diferentes territórios de características distintas. Nesses territórios a vida acontece, as relações são estabelecidas e a natureza faz parte do cotidiano das populações, os diferentes grupos sociais desenvolvem suas práticas, histórias, resistência e modos de vida.

Dentre os vários grupos, destacamos os remanescentes de quilombos, também conhecidos como quilombolas, que vivem nas margens do rio Andirá, no município de Barreirinha, AM. Esse grupo tem uma história de luta pela terra, uma conquista dos antepassados, se constituindo em memória e ligação com suas histórias e raízes. As comunidades quilombolas se juntam à outras comunidades ribeirinhas que tem uma relação ambiental e existencial com as águas.

A organização do território quilombola do rio Andirá, região do Baixo Rio Amazonas, cenário deste estudo, é referenciada principalmente pela memória coletiva, contribuindo para a construção da identidade quilombola (RANCIARO, 2016). Neste território, conexões vão sendo formadas, gerando redes vivas estabelecidas sem regras, promovidas pelo encontro que produz conhecimento, trocas, saúde, cuidado e vida.

No território amazônico, a água é um elemento fundamental e de forte influência nos modos de vida da população. É meio de subsistência, ressignificação, ligação e comunicação. Partindo das especificidades desse território, neste estudo usaremos a categoria “território líquido”, descrita principalmente para os territórios que sofrem influência do regime das águas. “O líquido se refere ao físico, ao movimento, à energia produzida pelo movimento das águas” (SCHWEIKARDT, 2016, p.124). Mais adiante descreveremos com mais detalhe esse conceito.

Com características tão específicas, a Amazônia se torna um desafio para políticas públicas de saúde, principalmente no que tange o acesso aos serviços de saúde. A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como um direito universal, no entanto, a realidade mostra um acesso “desigual e excludente” ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS; JESUS, 2012). Assim, o princípio de equidade do SUS é fundamental para que se faça a correção das injustiças sociais e assegure o acesso à saúde.

O acesso à saúde busca diminuir a distância entre a oferta e a demanda dos

serviços de saúde. Na busca de uma atenção em saúde equânime, é necessário compreender as relações estabelecidas entre a comunidade e o setor saúde, bem como diminuir as barreiras de acesso. Desse modo, buscaremos fazer uma relação entre o pulso das águas e o acesso à saúde, analisando como os diferentes momentos do ano hidrológico geram demandas específicas para o setor saúde. Sempre escutamos de gestores e trabalhadores que os agravos do período da seca são diferentes da cheia, sendo assim, essa se tornou numa questão para a nossa pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre o território e o acesso da população ribeirinha à saúde, buscando compreender as redes vivas produzidas pelos usuários nesse acesso. Serão valorizados os saberes que os usuários, agentes comunitários de saúde e outros profissionais construíram sobre o território, o acesso e os serviços de saúde. Os objetivos específicos do estudo foram: identificar a Rede de Urgência e Emergência do município de Barreirinha; e mapear os fluxos dos ribeirinhos à Rede de Urgência e Emergência.

A cartografia foi utilizada como método para entender as relações das pessoas com suas diversas redes na produção do cuidado e acesso à saúde. Nesse sentido, utilizamos como principal estratégia de pesquisa o usuário-guia para percorrer pelos diversos encontros. Pesquisador e pesquisado caminham juntos na produção de dados. Na cartografia, o objeto de trabalho são as marcas que o contexto da pesquisa produz no corpo do pesquisador e nas formas de interagir com as pessoas e objetos (ARAÚJO, 2017).

Neste sentido, considerando o território vivo e as múltiplas conexões estabelecidas entre pessoas e o ambiente, alguns questionamentos são propostos: como se dá o acesso à saúde nas comunidades ribeirinhas na Região do Baixo Rio Amazonas? Como o território líquido interfere ou se relaciona nos modos de acessar aos serviços de saúde? Como se constituem as práticas e as redes vivas na produção de saúde? Como aconteceu o encontro entre a pesquisa (pesquisador in-mundo¹), as pessoas e a natureza?

A presente pesquisa busca complementar os estudos acerca do acesso à saúde pela população ribeirinha, observando a contribuição do ambiente na produção do acesso e do cuidado na rede formal e informal de saúde, através das redes vivas e dos saberes dos diferentes sujeitos sobre a saúde. Além disso, buscaremos realizar uma pesquisa com um

¹ Termo utilizado para o pesquisador que emaranha-se e afeta-se com o processo de pesquisa (ABRAHÃO, 2012)

caráter inclusivo, participativo e dialógico com as pessoas, apontando para as potencialidades que existem nos modos de produzir a vida nesses territórios.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “O acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas” que está sendo desenvolvido pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAPHSA do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMD/FIOCRUZ e financiado pelo Fundo de Amparo as Pesquisas no Amazonas.

O objetivo deste projeto maior é analisar o acesso da população ribeirinha à Rede de Urgência e Emergência no Estado do Amazonas tendo em vista o fortalecimento do sistema de saúde através da inclusão e da continuidade dessa população aos serviços de saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por tratar-se de pesquisa com seres humanos e aprovado o CAAE: 99460918.3.0000.5020.

O trabalho está estruturado em dois capítulos: **Capítulo I** - A Rede de Urgência e Emergência no município de Barreirinha, na Região do Baixo Rio Amazonas, que aborda sobre a regionalização em saúde no território líquido do baixo Amazonas e a organização da Rede de Urgência e Emergência. **Capítulo II** - Fluxos e acesso à Rede de Urgência e Emergência no Baixo Amazonas, AM que apresenta o fluxo do ribeirinho para acessar os serviços de saúde do município e o fluxo a partir da perspectiva do usuário-guia e a sua rede viva na produção do cuidado.

METODOLOGIA

Classificação da Pesquisa

Trata-se de um estudo de caso, de cunho exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos de algum contexto da vida real, esse tipo de pesquisa tem o poder de lidar com “uma ampla variedade de evidências: documentos, artefatos, entrevistas e observações” (YIN, 2001). Esse tipo de estudo se caracteriza ainda por ser um estudo detalhado e exaustivo de poucos ou de um único objeto, fornecendo conhecimentos profundos.

A pesquisa qualitativa compreende as relações sociais e os fenômenos relacionados aos seres humanos, nessa perspectiva, os fenômenos são melhores compreendidos quando analisados no contexto no qual ocorrem, o estudo parte do ponto de vista das pessoas envolvidas, dando a devida importância a todos os pontos de vista (GODOY, 1995).

A pesquisa qualitativa também busca compreender dimensões profundas e significativas que não podem ser aprisionadas em variáveis, mas que não despreza os dados oriundos da pesquisa quantitativa (MINAYO, 2004).

Cenário do Estudo

O estudo foi realizado nos distritos de saúde ribeirinha e na comunidade Quilombola Santa Tereza do Matupiri, no município de Barreirinha, no Baixo Amazonas. Barreirinha está localizada à sudoeste do município de Parintins e a oeste do Estado do Pará, está a aproximadamente 330 quilômetros em linha reta da capital do estado, Manaus. O acesso ao município via fluvial, partindo da capital, através de barcos regionais, dura cerca de 24 horas, percorrendo aproximadamente 450 quilômetros, já partindo de Parintins, utilizando lanchas rápidas, o percurso é de apenas uma hora no período da cheia com distância de 60 quilômetros.

Sujeitos da Pesquisa

Participaram da pesquisa um morador (usuário-guia) da comunidade quilombola Santa Tereza do Matupiri, que já fez uso da rede de saúde do município de Barreirinha e

Parintins, bem como as pessoas que compõem a sua rede viva, contamos também com os gestores e profissionais da rede formal de saúde dos municípios de Barreirinha e Parintins. A seleção do usuário-guia se deu através da apresentação pelos profissionais de casos complexos, ou seja, que acessou vários pontos da rede de saúde.

Métodos e Técnicas

Utilizamos a cartografia como método e o “usuário-guia” como ferramenta.

Aqui, não estamos nos referindo a cartografia utilizada no campo da geografia, mas àquela que busca entender as relações dos indivíduos com suas diversas redes na produção do cuidado e acesso à saúde.

A cartografia faz sentido nesta pesquisa pois buscamos compreender os sujeitos e suas redes no acesso à saúde e produção do cuidado. Kastrup e Passos (2013) explicam que a pesquisa cartográfica “sempre busca a investigação da dimensão processual da realidade”, essa pesquisa tem caráter participativo, pesquisador e pesquisado andam lado a lado.

A aposta da cartografia é na construção coletiva do conhecimento por meio de uma combinação que pode parecer, à primeira vista, paradoxal: acessar e, ao mesmo tempo, construir um plano comum entre pesquisadores e pesquisados” (KASTRUP; PASSOS, 2013)

Na cartografia, o trabalho do pesquisador não segue regras, prescrições ou modelos previamente prontos, o que não quer dizer que se trata de uma ação sem direção, mas é durante o percurso que as metas são traçadas, considerando os efeitos do processo em todos os elementos envolvidos: pesquisador, pesquisado e resultados (PASSOS e BARROS, 2015).

O objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente (BARROS E KASTRUP, 2015, p.57)

É possível diferenciar a cartografia do modo de fazer pesquisa da ciência moderna no qual há etapas (coleta, análise e discussão de dados) que precisam ser cumpridas de forma isolada, começando uma quando acaba a anterior. Na cartografia, as etapas se sucedem de forma contínua, “cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes” (BARROS E KASTRUP, 2015, p.59). O mergulho

do pesquisador no cenário da pesquisa é imprescindível, é necessário se deixar levar pelos sentimentos, estando assim, aberto aos movimentos do território e da produção do conhecimento. Rolnik (1989, p.15) fala da espera por um mergulho nas intensidades e insere ao cartógrafo o papel de “dar língua” aos afetos.

Utilizamos a estratégia do usuário-guia como ferramenta metodológica que nos auxiliou no processo de cartografar as redes vivas do acesso à saúde das comunidades quilombolas do rio Andirá. O usuário-guia tem o objetivo de narrar os encontros que se dão ao longo da produção do cuidado, das relações e conexões estabelecidas nesse processo (MERHY et al., 2016).

Merhy (2016, p. 36) conceitua redes vivas como:

Fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos.

A seleção do usuário-guia ocorreu durante a pesquisa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) presente na comunidade Santa Tereza do Matupiri foi o nosso ponto de partida para identificação dos casos complexos, entendemos nesta pesquisa, casos complexos como sendo aqueles que ativaram vários dispositivos da rede. Dos casos identificados, selecionamos um caso como usuário-guia, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: Maior de 18 anos; Usuário do SUS; já tenha acessado a Rede de Urgência e Emergência do município; Residente das comunidades quilombolas do rio Andirá. Critérios de exclusão: Menor de 18 anos; Indígenas; Residente fora da zona da comunidade quilombola Santa Tereza do Matupiri no rio Andirá; que se recusou a participar da pesquisa.

Juntamente com o usuário-guia, identificamos os fluxos do usuário na busca por saúde, adentrando na sua cultura, crenças, conceitos e valores. Encontramos outros atores com os quais o usuário se relacionou, sendo estes, fontes orais de informação.

Para um maior entendimento da rede local de saúde, também fizeram parte da pesquisa os gestores de saúde do município e profissionais de saúde. Todos os encontros

para produção de dados foram gravados com autorização e foram transcritos integralmente.

Para conhecermos as redes traçadas e os caminhos percorridos para o acesso à saúde do usuário-guia, fizemos perguntas disparadoras para motivar a conversa (APÊNDICE A). No entanto, as conversas com o usuário foram de narrativa livre para explorar as diferentes dimensões da experiência. Assim, não houve limite para as conversas e trocas de experiências entre pesquisador-pesquisando. Ainda foram utilizados como fontes da produção de dados, o livro de entrada e saída do hospital de Barreirinha, a ficha de internação do usuário no hospital Padre Colombo em Parintins e o prontuário do usuário da Unidade Básica de Saúde em Barreirinha em que constavam dados relacionados a passagem do usuário pelo serviço de saúde.

Para a compreensão da rede formal de saúde, utilizamos um roteiro de perguntas abertas (APÊNDICE B) que funcionaram também como disparadoras e nortearam o encontro com os profissionais de saúde e gestores da rede. Acessamos ainda os livros de remoções dos distritos de saúde ribeirinha, o livro de remoção e internação presente nos hospitais de Barreirinha e Parintins. Nos livros olhamos para o motivo de remoção e internação, os sintomas encontrados foram categorizados conforme a Classificação Internacional de Doenças/ CID-10. Também nos interessou a data do registro das remoções para relacioná-las juntamente com os motivos ao regime hidrológico da região.

As reflexões, observações, inquietações e sentimentos gerados pela movimentação no território e pelos encontros, foram registrados no diário de campo que também foi utilizado como fonte de dados para a pesquisa.

Análise dos dados

Os dados produzidos, resultantes dos encontros, foram organizados e transcritos integralmente. Logo após, foi realizado a análise seguindo os pressupostos teóricos da análise do discurso (AD). “O discurso, ao se constituir num nó complexo e de intricada compreensão, necessita de uma teoria e de uma prática de análise que o apreenda em seu movimento, demonstrando como tal discurso num determinado acontecimento histórico e ideológico faz sentido” (MOREIRA,2012, p.125).

A análise do discurso busca entender os sentidos expressos na fala, manifestados no discurso (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Essa análise, faz oposição ao conteudismo,

uma vez que enxerga o discurso no seu funcionamento na produção de sentidos, indo além do conteúdo das palavras (ORLANDI, 2008). A formação discursiva é constituída no interdiscurso e no intradiscurso. O interdiscurso são os saberes que existem antes do sujeito, são construídos coletivamente, estão na memória do dizer. O intradiscurso é a fala propriamente dita, é o “fio do discurso” (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p.681).

Organizamos os discursos, identificamos os principais eixos temáticos e as análises partiram de momentos coletivos do grupo de pesquisa. Os dados coletados dos livros de remoção foram digitados e organizados em planilhas do Software Microsoft Excel 2010. Para os resultados, foram consideradas as variáveis “data” “lugar de procedência” e “motivo da remoção”, sendo organizados em tabelas e gráficos. Os motivos da remoção e internação foram comparados e categorizados conforme os capítulos do Código Internacional de Doenças- CID10. As datas das remoções foram agrupadas conforme período do regime hidrológico, desta forma foi feita a observação das frequências das CID-10 em cada período hidrológico.

CAPÍTULO I - A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARREIRINHA, BAIXO AMAZONAS

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dispõe da saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No artigo 198 “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e participação comunitária.

Guimarães (2016, p.48) entende que o processo de regionalização “não se trata apenas de delimitar um território geográfico, é necessário pactuar acordos políticos que sejam coerentes com o uso do território pelos agentes locais que o utilizam”. Para Milton Santos (1998, p.55) o território usado é sinônimo de “espaço humano, espaço habitado”. Gottman (2012) entende o espaço geográfico como concreto e acessível para as atividades humanas. Fuini (2014) acrescenta que o recorte geográfico é definido pelas relações de poder, apropriação e uso.

Para diminuir as desigualdades em saúde através das políticas públicas, é necessário implantar redes que buscam a resolutividade no plano local (GUIMARÃES, 2016). Para a saúde, a análise do território é componente primordial para a organização do serviço em consonância com as necessidades da população, logo, olhar para a Amazônia e as especificidades deste espaço, nos faz refletir a noção de território.

Neste capítulo nos aproximaremos da categoria de ribeirinhos e das relações estabelecidas com o território líquido na região do Baixo Amazonas. Na Rede de Urgência e Emergência buscaremos compreender os motivos que levam os ribeirinhos a buscar assistência e cuidado nos períodos do regime hidrológico da região.

1.1 Território líquido e a população ribeirinha

A palavra “território” tem sua origem no latim e expressa uma área delimitada de terra, porém, na Amazônia também é necessário pensar na “terra” tendo o seu papel exercido pelos rios que são regidos pelo ritmo da natureza (SCHWEICKARDT *et al* 2016). “A água é referência simbólica do ribeirinho” (PEREIRA *et al*, 2019, p.93).

O território amazônico é “vivo e se conecta pela superfície líquida”. O líquido é expressivo nesse território, a variação das águas (cotas altas e cotas baixas), produz no território novos caminhos e variações também na superfície sólida (Ferla *et al*,2019, p.11).

O território líquido é uma categoria que caracteriza o território amazônico e compreende as relações que nele são estabelecidas. Entendemos que os rios são fluxos que ligam pessoas, histórias, culturas, instituições e serviços. Para as políticas públicas, essa é uma visão que ajuda a entender o movimento do território e a necessidade de políticas voltadas para um território que não é fixo (SANTOS,2018).

Na Amazônia é possível distinguir duas regiões naturais, a várzea e a terra firme, em ambas, a água é um elemento fundamental para o meio de vida (SCHWEICKARDT *et al*, 2016). A várzea é “a região sujeita, parcial ou totalmente, às inundações anuais” (FRAXE, 2000), diferencia-se da terra firme principalmente por dois elementos: solo e ciclo anual. O solo da várzea é rico devido aos sedimentos depositados e rejuvenescidos a cada ano. O ciclo da várzea é comandado pela enchente e vazante do rio, enquanto em terra firme, o ciclo é guiado pela sazonalidade das chuvas (FRAXE, 2000). As áreas de terras firmes constituem-se de morros e pequenas planícies (SPINOLA, 1997).

O regime das águas compreende os eventos hidrológicos de cheia e vazante do rio. O período conhecido como vazante é o processo de diminuição do nível do rio, nesse período há pouca precipitação, conhecido também como verão, tempo de máxima insolação. Na cheia, acontece o processo inverso, há um aumento do nível do rio, coincidindo com um período de maior pluviosidade (SOUZA, 2012).

Pereira (2007) chama de “estações climáticas” as quatro etapas do regime hidrológico no ecossistema de várzea: enchente, período de subidas das águas; cheia, período do nível máximo das águas; vazante, descida das águas e seca, o período mais baixo das águas. Para o autor, essas estações regulam o calendário agrícola na região e são justificadas pela falta de sincronização entre os regimes fluvial e pluvial.

Nas regiões de várzea e municípios do Amazonas, o rio é um fator de grande importância, exerce o papel das estradas das grandes cidades, é veículo de ligação, comunicação e meio de subsistência. O regime das águas proporciona mudanças na paisagem, na agricultura e na vida dos moradores desta região que detêm o poder de adaptabilidade grandioso. Sampaio *et al* (2012) atestam que:

A sazonalidade dos rios, alternando entre períodos de águas altas (cheias) e águas baixas (secas) produz espacialidades distintas no cenário amazônico. A constante circulação de pessoas e bens pelos rios é afetada diretamente por essa sazonalidade, presumindo assim, que as populações que habitam as margens dos rios e que deles dependem para a execução de suas atividades diárias, busquem adaptar-se a estas mudanças.

A população que vive às margens dos rios da Amazônia é chamada de ribeirinha, caboclo ou caboclo-ribeirinho como utilizado por Fraxe (2007). A autora utiliza ainda em outra obra o termo “homens anfíbios” para se referir metaforicamente aos indivíduos que habitam a várzea (FRAXE, 2000).

Entendemos o ribeirinho como uma categoria social, desta forma, outras populações também vivem às margens dos rios e relacionam-se com os movimentos das águas, como as populações quilombolas, indígenas, seringueiros, garimpeiros. Algumas dessas populações não vivem exclusivamente em área de várzea, mas como nos disse o presidente da comunidade quilombola Santa Tereza do Matupiri no Rio Andirá, “aqui é meio várzea e meio terra firme, vai para o fundo todos os anos”, o rio não é de águas brancas como na várzea e o solo não fica fértil após a cheia, mas são terras que periodicamente são alagadas com o aumento do nível dos rios.

Fatores da vida e do cotidiano dos ribeirinhos observados em outros estudos evidenciam a grande influência do rio sobre os modos de vida dessa população. Moraes e Schor (2010) estudaram o cardápio da população ribeirinha e observaram a diferença, tanto na oferta quanto no custo, ocasionada pela sazonalidade dos rios. O estudo feito na calha do Rio Solimões apresentou um cardápio de maior fartura na seca e menor fartura e maior custo na cheia, logo atribuem a diferença à fertilidade da terra na várzea devido aos sedimentos deixados no período de rio alto e maior possibilidade de peixes.

Com a perspectiva da categoria social do ribeirinho, entendemos o território como um conceito que vai além da caracterização física do espaço, mas que olha para os movimentos dos modos e significados da vida. Para isto, lançamos mão do conceito de territorialidade discutida por Haesbert (2010) no qual explica que a territorialidade está ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como se organizam no espaço e dão significado ao lugar.

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade que se refere ao respeito às especificidades, diversidades e necessidades de cada indivíduo ou grupo social, parte da ideia de que todos os indivíduos têm direito à saúde, mas são pessoas

diferentes e, portanto, possuem necessidades diferentes. A equidade exige que as pessoas tenham oportunidades justas de alcançar o seu potencial de saúde (WHITEHEAD,1992).

A equidade nos serviços de saúde é relacionada a oferta dos serviços de saúde de forma a não existir diferenças onde as necessidades são iguais ou que os serviços de saúde estejam presentes onde há maior necessidade de saúde (STARFIELD, 2001).

1.2 Regionalização e as regiões de saúde do Amazonas

A organização do SUS ao longo da década de 1990 esteve centrada na descentralização com ênfase na a municipalização. Nesse processo houve aumento das responsabilidades dos municípios tanto na gestão do sistema quanto na oferta dos serviços, nesta etapa também, a relação da esfera federal e esfera municipal era de forma direta, não havendo definição do papel da esfera estadual. Observou-se sistemas municipais isolados e uma conseqüente fragmentação do sistema de saúde (GIMENEZ, 2019).

No decorrer da municipalização da saúde, ficou evidenciado a necessidade de investir na regionalização dos serviços, de forma a melhorar o acesso aos serviços de saúde pela população, equidade e racionalização dos recursos (DUARTE et al., 2015).

Em 2001 foi promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e só então a regionalização passou a ser a estratégia de organização e planejamento do SUS. Para Gimenez (2019, p.149) a regionalização desde a constituição de 1988 até a promulgação da NOAS em 2001 “apresentava-se mais como um princípio e menos como uma diretriz e uma ação concreta”.

Em 2006, o Pacto da saúde que caracterizou um conjunto de reformas pactuado entre as três esferas da gestão (Federal, Estadual e Municipal) teve o objetivo de inovar os processos de gestão afim de responder às necessidades de saúde da população. Entre as reformas, foi reafirmado o compromisso com a regionalização.

Mais tarde, o decreto 7508/2011 dispôs sobre a organização do SUS e deu base para que os municípios planejassem seus serviços a partir de Regiões de Saúde que são entendidas neste decreto como:

Art.2. Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL,2011b).

A regionalização no Estado do Amazonas é descrita no Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2016-2019 como um permanente desafio por conta principalmente das especificidades das características geográficas, econômicas e culturais. Ainda neste documento, a grande extensão territorial e a dispersão populacional em áreas de difícil acesso e comunicação são fatores que tornam a operacionalização de políticas públicas um grande desafio.

O Amazonas conta com 62 municípios e estão organizados para a gestão de saúde em 1 macrorregional, 9 regionais e 18 microrregionais (Figura.1). Para esta organização foram consideradas as possibilidades de acesso e as similaridades das peculiaridades dos municípios. As 9 regionais são: Alto Solimões, Baixo Amazonas, Manaus e entorno, Médio Solimões, Rio Juruá, Rio Madeira, Rio Negro e Solimões, Rio Purus e Triângulo.

A região do Baixo Amazonas é composta por 5 municípios: Parintins, Barreirinha, Maués, Nhamundá e Boa Vista do Ramos. O município de Parintins é a referência da atenção de média complexidade para os demais municípios da região. O transporte entre os municípios é por via fluvial como também para a capital, com exceção de Parintins que também possui acesso aéreo.

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Amazonas



Fonte: Plano Estadual de Saúde do Amazonas, 2016.

1.3 A Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência

Em dezembro de 2010 após acordo envolvendo o Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foi publicada a Portaria nº 4.279 que estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e informa que a RAS é “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A RAS surgiu para organizar os serviços de saúde que estavam fragmentados, para o uso adequado dos recursos e evitar concorrência entre os serviços. Desta forma, suas principais características incluem a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de

objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos e a centralidade nas necessidades de saúde da população (BRASIL,2014).

Visando o aumento do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, como forma de operacionalizar a RAS foram criados cinco grandes grupos ou redes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Neste estudo olharemos para a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Em 2011 foi publicada a Portaria 1.600/11 que instituiu a Rede de Atenção às Urgências, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências instituída em 2003. Entre as diretrizes desta rede encontram-se a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção contemplando a classificação de risco e intervenções adequadas (BRASIL,2011). Observa-se a necessidade de conexão entre todos os pontos para a formação de uma rede. Os componentes da RUE e suas funções são dispostos na portaria 1.600/11 conforme descrito no quadro 1.

Com a estruturação dos serviços de urgência e emergência a partir da portaria 1.600/11 é possível observar que todos os pontos da rede podem atuar na assistência aos usuários em casos de urgência e emergência, contrapondo ideias que somente o serviço hospitalar pode assistir ao usuário nestas condições e este fato nos faz voltar ao objetivo da RAS “integralidade do cuidado” no qual a RUE propõe compreender este objetivo a partir da intersetorialidade em que todos os seus componentes executam suas ações de forma articulada e horizontalizada, permitindo que a assistência seja feita de forma intersetorial e multidisciplinar (UNA-SUS/UFMA,2015).

Quadro 1. Componentes da Rede de Urgência e Emergência

Componentes da Rede de Urgência e Emergência	Função
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
Atenção Básica em Saúde	Ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
Sala de Estabilização	Deverá ser o ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.
Força Nacional de Saúde do SUS	Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas	Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
Componente Hospitalar	Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
Atenção Domiciliar	Conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Fonte: O autor adaptado da Portaria 1.600/11.

Para Amaral et al (2018) os sistemas de atenção à saúde que possuem como base norteadora a atenção primária são mais adequados devido a organização partir das necessidades de saúde da população, são mais efetivos, impactam outros níveis de atenção, apresentam menores custos e reduzem a realização de procedimentos mais caros.

O planejamento de Redes de Atenção à Saúde no estado do Amazonas iniciou-se em 2009 na microrregião de Tabatinga com a elaboração do Plano Microrregional de Saúde para 2010 a 2013. Em 2011, já sob o Decreto 7.508/11, o estado continuou com o planejamento das Redes de Atenção à Saúde, dando prioridade para as Regionais da

Região Metropolitana Ampliada e do Alto Solimões.

A RAS iniciou-se pela elaboração do Plano Estadual da Rede de Urgência e Emergência e da Rede Cegonha. As demais redes foram acrescentadas conforme publicação das portarias do Ministério da Saúde.

Segundo o documento “Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019” encontravam-se em processo de implementação: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Unidades de Pronto Atendimento 24h e conjunto de serviços de urgência 24h; Hospitalar; Atenção Domiciliar. As RAS ainda estão concentradas na capital, tendo uma tímida expansão para a região metropolitana de Manaus.

1.4 A Rede de Saúde do Município de Barreirinha

Estruturalmente o município é dividido em comunidades, distritos e sede do município. Os distritos diferenciam-se das comunidades por serem maiores. Funcionam como referência para as comunidades que ficam nas suas adjacências.

Barreirinha possui 12 distritos de saúde conforme citado no Plano de saúde local de 2018 a 2021, são eles: Vila Cândida, Cametá do Ramos, Santa Maria do Lago Preto, Pedras, Brasília do Estácio, Terra Preta do Limão, Barreira do Andirá, Freguesia do Andirá, Matupiri, Piraí, Ariaú e Ponta Alegre.

Ao todo são 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), divididas entre a sede do município e os distritos de saúde que fazem parte do município, nas quais 1 unidade é fluvial que iniciou suas atividades em 2017, esta realiza viagens pelas comunidades ao longo do ano com duração de 15 a 20 dias, ficando em cada comunidade em média 1 dia, há casos que ficam meio período. Esta equipe conta com 1 médico, 1 dentista, 2 enfermeiras, 1 assistente social e 6 técnicos em enfermagem.

Possui 12 equipes de saúde na Atenção Básica, destas, 4 são Equipes de Saúde da Família tradicionais² que estão localizados na sede do município, divididas em duas unidades; 5 são Equipes ampliadas de Saúde da Família Ribeirinha³ sendo 4 localizadas nos distritos de saúde (Pedras, Cametá, Freguesia e Terra Preta) e 1 na Unidade Básica

² Equipes mínimas contendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde.

³ Equipes contendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, equipe de saúde bucal e fisioterapeuta.

de Saúde Fluvial. As outras 3 equipes ficam localizadas nos distritos (Pirai, Ariaú e Barreira do Andirá) e são PACS⁴.

Figura 2. Mapa de localização dos distritos de saúde de Equipes Ribeirinhas



Fonte: Google Earth, 2019.

Os médicos que fazem parte das equipes dos distritos são médicos do programa Mais Médicos do Ministério da Saúde, instituído em 2013, estes trabalham com a escala de 15 dias no distrito, não necessitando permanecer após o horário de funcionamento das unidades de saúde, e folgam 15 dias. Os enfermeiros permanecem no distrito durante 20 dias e folgam 10 dias, nos dias que estão trabalhando ficam de sobreaviso pós expediente.

O município possui ainda um NASF do tipo II⁵ e um hospital misto que atende obstetrícia, além de urgências e emergências. Na unidade hospitalar são realizadas cirurgias de pequeno porte, assim caracterizadas pelo diretor do hospital, realizam apendicectomias, retiradas de cistos, cesarianas. Nos casos de cirurgia, o médico cirurgião também é o responsável pela anestesia, no centro cirúrgico não há aparelhos para

⁴ Programa de Agentes Comunitários de Saúde

⁵ Núcleo de Apoio a Saúde da Família, tem vínculo com 3 a 4 Equipes de Saúde da Família.

monitoramento dos parâmetros vitais como saturação, batimentos cardíacos, pressão e temperatura.

[...] aqui também acabamos atendendo a parte ambulatorial. A população não tem o esclarecimento que aqui é para emergência, urgência e obstetrícia. As vezes acontece de chegar paciente com dor de ouvido achando que é uma urgência. Pela comodidade de não passar por uma fila e pegar uma ficha.
(Diretor em exercício do hospital de Barreirinha)

A média de comunidades por distrito é de 7 a 8, mas há distritos como o Pirai que possui 14 comunidades. Em cada comunidade há um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que reside na comunidade e são vinculados à equipe do distrito.

Cada distrito também possui uma ambulância⁶ com motor que pode variar a potência de 40Hp, 60Hp ou 100Hp. Nas comunidades de modo geral não há ambulâncias, mas contam com rabetas dos comunitários e os ACS recebem auxílio de combustível mensalmente para utilizarem nas idas para o distrito e para a sede, no entanto não usam com frequência para remoção de usuários, exceto em casos que não haja recurso ou outra forma disponível para remoção.

Ao todo o município possui 17 ambulâncias que são divididas entre os distritos e a sede. Os motores são 15Hp, 40Hp, 60Hp, 90Hp e 115Hp.

[...] Barreirinha é extenso, não é tão populoso, cerca de 31 mil habitantes, mas a extensão é bem grande e isso dificulta o trabalho das equipes, principalmente no que se refere ao deslocamento. (Coordenador da Atenção Básica de Barreirinha)

A distância dos distritos que possuem Equipe de Saúde Ribeirinha até a sede do município é calculada pelo tempo do deslocamento, que varia conforme a potência do motor, este fato também foi registrado por Schweickardt *et al* (2016) que afirmam quanto maior a potência do motor, maior a velocidade de deslocamento, menor a distância entre um lugar e outro e maior o custo devido ao consumo elevado de combustível.

O distrito de Pedras possui uma ambulância com motor 100Hp e leva 40 minutos até a sede do município. Cametá com ambulância de motor 40Hp faz o percurso em 40

⁶ Lancha utilizada para transportar pessoas em situação de urgência e emergência

minutos. Freguesia com motor 40Hp leva 20 minutos. Terra Preta fica a 15 minutos da sede do município, desta forma, não possuem ambulância, mas solicitam ao município sempre que necessário, no entanto, este distrito no período da seca possui estrada que leva ao município, podendo fazer o percurso de moto ou carro, levando em torno de 10 minutos.

As duas UBS na sede do município também são referências para usuários provenientes dos distritos e comunidades ribeirinhas, estes quando chegam seguem o mesmo fluxo dos usuários moradores da sede para atendimento nas unidades, no entanto, como os barcos que realizam o transporte da sede para as comunidades saem ao meio dia, os usuários da zona rural são atendidos preferencialmente pela parte da manhã, ainda que não tenham chegado a tempo de pegar ficha para o atendimento pela manhã.

O município de Barreirinha tem como apoio da sua rede o município de Parintins, com o suporte de dois hospitais: Padre Colombo e Jofre Cohen. O tempo de deslocamento até Parintins vai depender das águas, na cheia pode levar uma hora porque pode utilizar um furo e lagos para cortar caminho. Na seca a viagem pode demorar em torno de duas horas.

1.5 Parintins, um ponto da rede

Parintins é um município construído na Ilha Tupinambarana, caracteriza-se como “uma das maiores faixas de várzea do Estado”, segundo Souza (2013, p.35). Localiza-se na margem direita do rio Amazonas, o maior em extensão e volume de água do mundo (SOUZA, 2013).

Em termos populacionais, o município de Parintins é a segunda maior do estado do Amazonas, com 114.273 habitantes, ficando atrás somente de Manaus, a capital do estado (Do Rosário,2013). Para a regional Baixo Amazonas, quanto a RUE, Parintins é um município que compõe a rede dos outros municípios desta regional, é referência principal em média complexidade, também chamado de município polo.

Há dois hospitais, o Hospital Regional Dr. Jofre de Mattos Cohen, mantido pelo município e Estado e o Hospital Padre Colombo, instituição filantrópica com convênio com o Estado. É acessado em casos de urgência e emergência quando o município de partida não possui condições de responder à necessidade e em casos de exames laboratoriais e de imagem e consultas médicas que o município também não possui.

[...] Nós não recebemos trauma. Trauma vai pra outro hospital, então nós recebemos RN (recém-nascidos), prematuros, recebemos as gestantes que são partos com indicação de cesárea, recebemos pacientes com apendicite, pacientes com o diagnóstico de AVC, entendeu? Sempre assim, mas agora questão de ortopedia e trauma vão mais para o outro hospital.” (Assistente social do hospital Jofre Cohen).

Alguns municípios possuem representantes em Parintins, estes estabelecem o elo da rede quando usuários do seu município precisam acessar os hospitais locais, é o caso de Barreirinha que conta com uma assistente social e um motorista com carro particular que auxiliam nas remoções, contato com o hospital e assistências locais.

[...] O fluxo é tão grande que quando a gente passa nas enfermarias, a gente se depara que a maioria do povo que tá internado dentro do hospital não é filho de Parintins, e sim são de outros municípios do outro estado e dos municípios vizinhos nosso (Assistente social do Hospital Jofre Cohen).

Os dados de internações dos anos 2017 e 2018 dos dois hospitais locais registraram 6.876 internações, destas, 3.425 são internações de usuários de área rural e outros municípios, representando 50% das internações registradas. A área rural de Barreirinha, excluindo as comunidades indígenas, correspondeu a 13,3% do total de internações nesses anos.

Tabela 1. Procedências das internações nos hospitais de Parintins-AM nos anos 2017 e 2018

Região de Procedência	Frequência	Percentual
Região da Gleba Vila Amazônia	727	21,2%
Barreirinha – AM	456	13,3%
Área Indígena do Baixo Amazonas	384	11,2%
Outras áreas ribeirinhas	310	9,1%
Região de Várzea do Rio Amazonas	232	6,8%
Região do Caburi	210	6,1%
Região Entorno	204	6,0%
Região do Mocambo	185	5,4%
Nhamundá – AM	170	5,0%
Rio Mamuru e região	154	4,5%
Rio Uaicurapá e região	125	3,6%
Área de Influência - Estado do Pará	123	3,6%
Rio Tracajá e região	104	3,0%
Boa Vista do Ramos – AM	39	1,1%
Maués – AM	2	0,1%
TOTAL	3425	100,0%

Fonte: Elaborado pelo LAHPSA com base nos dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) dos hospitais de Parintins, 2020.

1.6 “Coisa grande” e o pulso das águas

Em nossos encontros com os usuários nas comunidades, quando questionávamos sobre os motivos para buscar a assistência na sede do município, as respostas eram resumidas em “coisas grandes” como terçadadas, picadas de cobras, parto e ferroadas de arraia.

A percepção de uma necessidade de saúde pelo indivíduo pode implicar no desejo de cuidado e na decisão de procurar ou não um serviço de saúde (TRAVASSOS E CASTRO, 2012). Para entender o fluxo do ribeirinho no acesso a RUE, é necessário compreender o que os levam a buscar o serviço de saúde, quais motivos despertam o encontro com o primeiro ponto da sua rede.

Nos distritos de saúde com Equipe Ribeirinha em Barreirinha, após a chegada das ambulanchas, um livro foi criado para registrar todas as remoções realizadas para o hospital da sede do município. O início dos registros se dá em épocas distintas em cada distrito. Acessamos os livros que estavam disponíveis na unidade de saúde no momento da visita, não correspondendo necessariamente a data de chegada da ambulancha no distrito.

No distrito Terra Preta, o livro possuía registro a partir de abril de 2013; no distrito Freguesia, junho de 2016; no distrito de Pedras, junho de 2017 e o livro de Cametá, janeiro de 2018. Nos livros ficam registrados: nome do usuário, idade, motivo da remoção e por quem foi feito o pedido (enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem). Não possuem um padrão na organização e registro, observamos ainda, campos incompletos ou não preenchidos e por vezes, letras ilegíveis.

Nesta região, os rios Andirá e Curuçá, circundam o município de Barreirinha e são influenciados pelo Rio Amazonas, cuja estação de medição mais próxima encontra-se no município de Parintins. O rio Curuçá faz confluência com o Paraná do Ramos. Na região de Barreirinha, esse curso d'água é mais conhecido como Paraná do Ramos, porém, nas bases geográficas apresenta-se como rio Curuçá. Os rios Andirá e Curuçá são distinguidos principalmente pela cor de suas águas, no qual, o Curuçá possui coloração marrom ou águas barrentas como conhecido na região, isso se dá em função dos sedimentos em suspensão. Enquanto o Andirá é um rio de águas escuras.

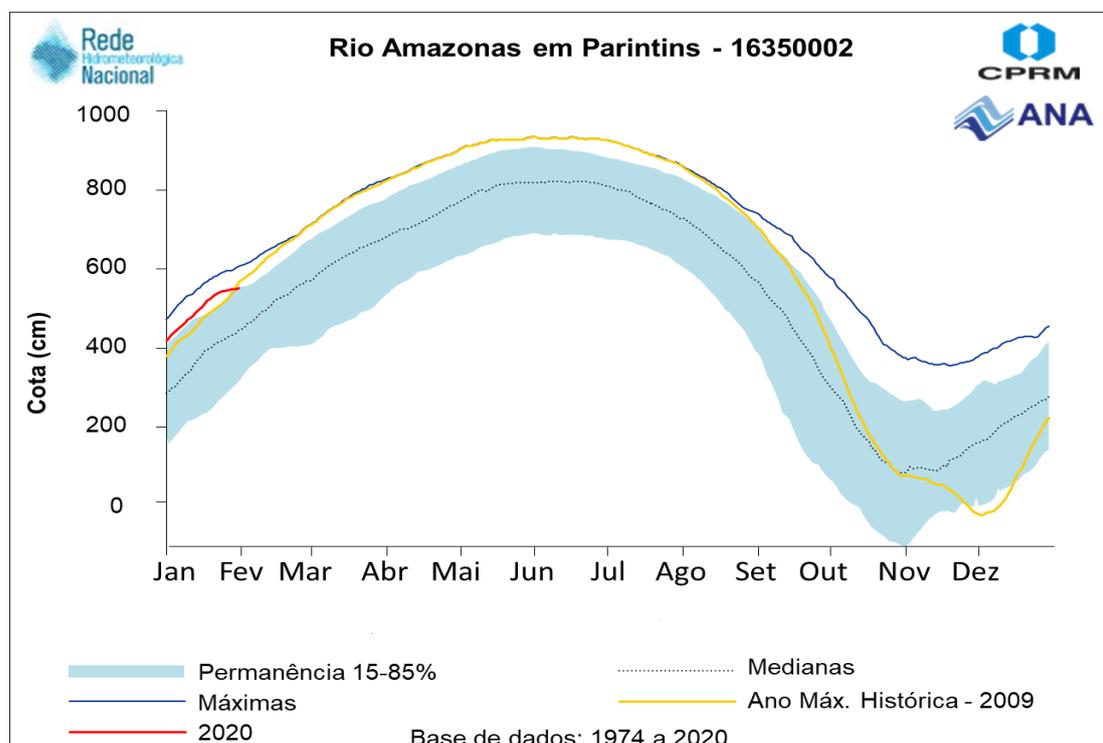
A figura 3 apresenta o gráfico de cotograma com os dados da estação fluviométrica que melhor representam o regime hidrológico da área de estudo, está localizada no rio

Amazonas na cidade de Parintins. Este gráfico contém 46 anos de observações diárias com a variação do nível do rio Amazonas nesta localidade, o trabalho é realizado por um observador hidrológico que habita próximo à estação atendendo às demandas da Rede Hidrometeorológica Nacional de responsabilidade da Agência Nacional de Águas (ANA) e que é operada pelo Serviço Geológico do Brasil (CPRM).

A partir desta figura é possível descrever os meses em que ocorrem os eventos de enchente, cheia (cotas altas), vazante e seca (cotas baixas). A faixa mais larga em azul claro são as curvas envoltórias que representam os valores de cota diários que não se encontram nem nos inferiores aos 15% mais baixos nem superiores aos 85% mais elevados, ou seja, revelam a faixa dos dados que não são considerados eventos extremos, através desta informação, e da linha pontilhada (mediana) é possível afirmar que o período de cotas altas está marcado entre meados de maio e meados de agosto, a enchente se inicia em novembro e se encerra entre junho e julho quando já se inicia a vazante, que alcança seu valores mínimos na seca entre os meses de outubro e dezembro.

Continuando a análise da figura a linha amarela representa o ano de 2009, onde registrou-se a maior cheia verificada na série histórica desta estação, a linha azul mais escura os valores máximos diários dentro dos 46 anos de registros e a vermelha apresenta os dados observados no presente ano.

Figura 3. Cotograma da estação fluviométrica de Parintins



Fonte: Monitoramento Hidrológico da Amazônia Ocidental 2020, Boletim semanal número 4, CPRM.

Compreendendo as características do regime hidrológico da região e a conexão dos ribeirinhos com esta variação, olhamos para os registros de remoção agrupando-os de acordo com as cotas do rio (enchente, cotas altas, vazante e cotas baixas) e os capítulos da Classificação Internacional de Doenças -CID-10 (ANEXO 1).

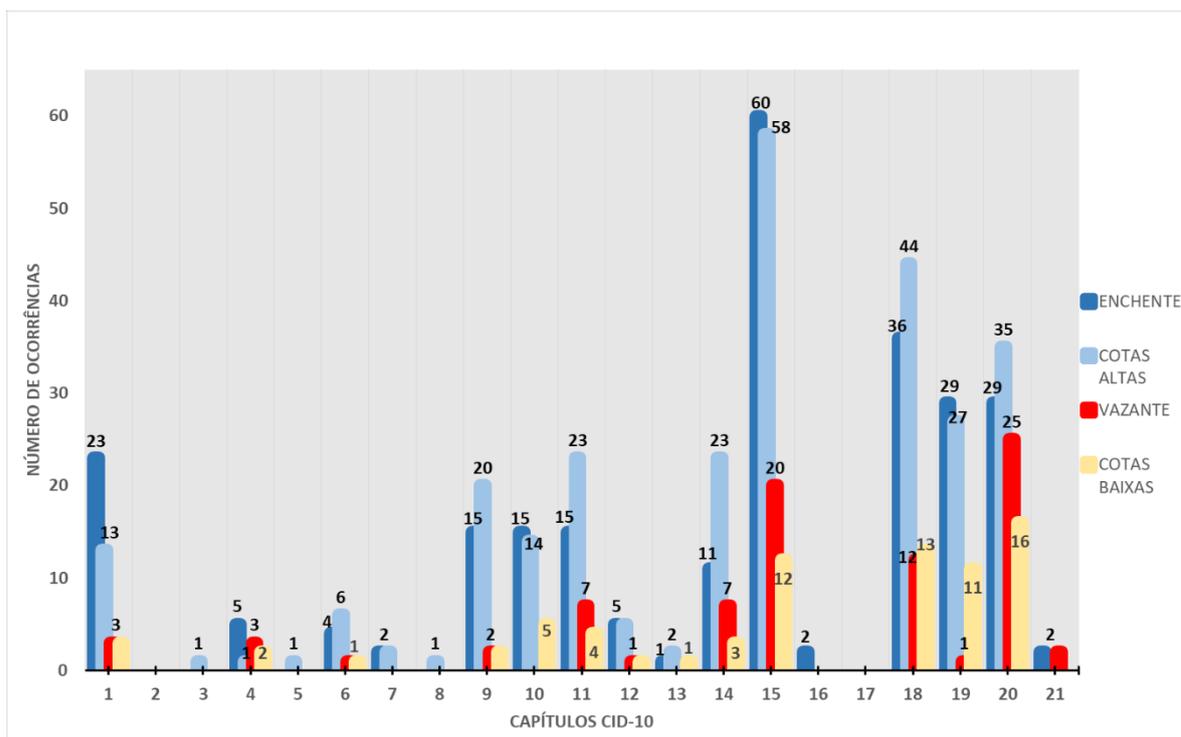
Olhar para os motivos de remoção e o pulso das águas neste momento não tem a finalidade de buscar relações de causa ou pressupostos epidemiológicos, mas compreender as situações ditas “coisas grandes”, afinal, como disse Leandro Tocantins (1952), “o rio comanda a vida”, desta forma o autor expressou as situações ribeirinhas que acompanhou pelo rio Amazonas em toda a sua extensão, da nascente à foz.

Na figura 4 é destacado que nas cotas baixas os números de registros são menores quando comparados aos registros das cotas altas e enchente, independentemente do CID-10. O capítulo 15, “gravidez, parto e puerpério”, mostrou uma frequência alta em relação aos outros capítulos da CID-10. Nos anos de 2012 a 2016 os dados do SINASC⁷ mostraram que no município de Barreirinha, 77,06% dos partos são realizados no âmbito hospitalar e em domicílio 0,1%. Justificando o alto número de remoções por este motivo.

O capítulo 20 apresentou pouca variação entre os períodos de enchente, cotas altas e vazante, com a menor frequência no período de cotas baixas. Para o capítulo 1 “Doenças infecciosas e parasitárias”, houve 3 registros no período de cotas baixas, estes estiveram associados aos sintomas de vômito e diarreia sendo relacionados com doenças parasitárias. No período de águas altas, houve 13 registros para este capítulo com a associação dos mesmos motivos.

Um estudo realizado no município de Coari, rio Solimões, com 200 crianças de comunidades ribeirinhas, identificou uma prevalência de 83% de verminoses naquela Região e relacionou esse fato a fatores socioambientais como renda familiar e origem da água de consumo, sugerindo que as condições econômicas e sanitárias contribuíram para esse resultado (SANTOS, 2010). No entanto, não expressou mudanças quanto ao período hidrológico na região.

⁷Sistema Nacional de Nascidos Vivos

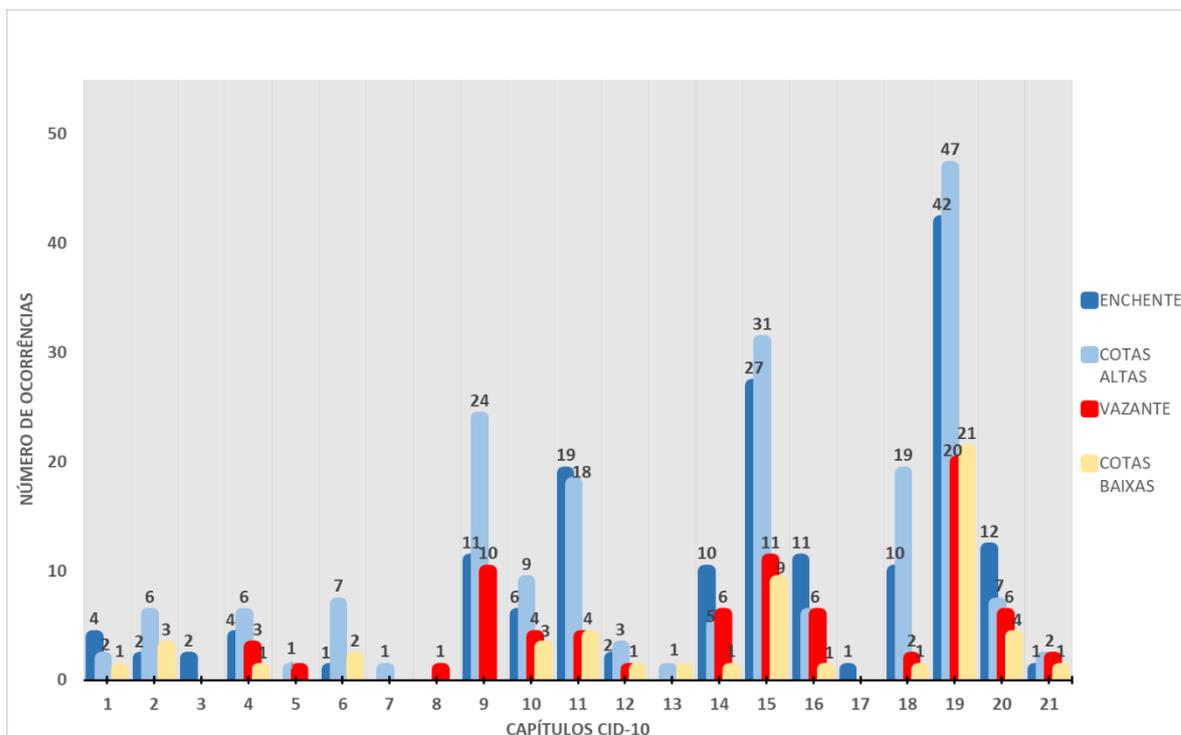
Figura 4. Frequência CID-10 das Remoções dos Distritos de Saúde Ribeirinha-Barreirinha/AM

Fonte: O autor, adaptados dos livros de remoções dos distritos de saúde de Barreirinha, 2020.

Os dados apresentados na figura 5 referem-se aos motivos de remoções partindo do hospital de Barreirinha no período de janeiro de 2017 a agosto de 2019, considerando todas as remoções, incluindo os residentes na sede do município. Esses dados mostram as necessidades de saúde que chegaram ao hospital de Barreirinha, mas que este não apresentava suporte necessário, encaminhando para o próximo ponto da rede que são os hospitais de Parintins.

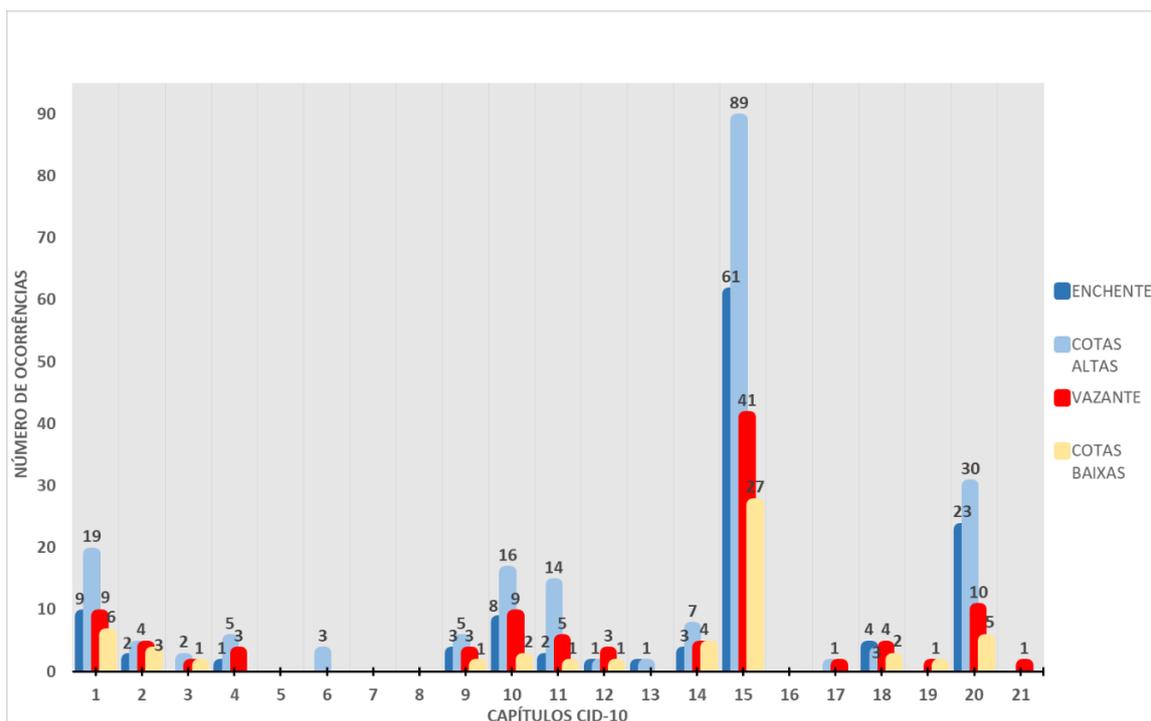
Novamente, observa-se um número maior de remoções nos períodos de cotas altas do rio. Destaca-se o capítulo 19 que se refere às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, fazem parte deste grupo traumas, queimaduras, intoxicação por drogas e medicamentos.

Figura 5. Frequência CID-10 das Remoções do Hospital em Barreirinha para Parintins



Fonte: O autor, adaptado dos livros de remoções do hospital de Barreirinha, 2020.

Os motivos pelos quais usuários ribeirinhos de Barreirinha deram entrada nos hospitais de Parintins nos anos 2017 e 2018 são apresentados na figura 6. O capítulo 15 nos períodos de cotas altas do rio chamam atenção, diminuindo consideravelmente nos períodos de cotas baixas, nesses anos, apesar da principal entrada ser por motivos que envolvem o capítulo “gravidez, parto e puerpério”, não houve registro de internações por motivos relacionados à afecções originadas no período perinatal que são infecções e transtornos que podem acometer o recém-nascido, traumatismo de parto e doenças virais congênitas.

Figura 6. Frequência CID-10 das Internações dos Ribeirinhos de Barreirinha nos Hospitais de Parintins

Fonte: O autor, adaptado dos dados de internação do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico dos hospitais de Parintins/AM, 2020.

Comparando os registros de internações nos hospitais de Parintins e os motivos de remoções partindo do hospital de Barreirinha, encontramos diferenças quanto a frequência, esse fato é justificado pelo fluxo de acesso direto aos hospitais de Parintins pelos ribeirinhos, sem passar pelo ponto da rede na sede de Barreirinha.

O fluxo direto também é encontrado no acesso das comunidades para o hospital de Barreirinha, sem passar pelos distritos. Nesses casos, os comunitários utilizam o transporte particular, que normalmente é um motor do tipo rabeta de menor potência e com menos custo de combustível

Os dados mostraram que as “coisas grandes” apresentam-se em variados capítulos da CID-10 e no período de cotas altas e subida dos rios as remoções são mais frequentes. Na época de águas altas, o tempo do deslocamento diminui porque nesse período os furos⁸ são aparentes e podem ser acessados.

⁸ Os furos são possibilidade de conexão entre rios, paranás, lagos e igarapés. Andrade (1956)

CAPÍTULO II - FLUXOS E ACESSO À REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BAIXO AMAZONAS, AM

Compreender os fluxos dos usuários é necessário para entendermos como o acesso à rede de saúde está estabelecido. Neste trabalho, os fluxos são os movimentos, o ir e vir de cada usuário e profissional no território.

2.1 Os fluxos dos ribeirinhos no acesso à Rede de Urgência e Emergência

O acesso à RUE no município de Barreirinha pelos usuários ribeirinhos, de acordo com relatos dos diferentes profissionais da rede, pode ser diferenciado de acordo com o local de partida do usuário (Figura 7). Quando a saída é do distrito o acesso se dá através da ambulância que fica localizada no distrito. Os distritos também contam com o apoio da ambulância que fica na sede do município de motor 90 Hp que em casos extremos é acionada e vai ao encontro do usuário, muitas vezes a troca de ambulâncias é feita no meio do rio.

Se o usuário que está precisando de assistência estiver em comunidades adjacentes, o primeiro profissional que ele entrará em contato é com o ACS local, após avaliação o usuário se desloca até o distrito, esse deslocamento é custeado pelo usuário, boa parte das vezes é feita com rabeta ou lancha do próprio usuário ou de alguém da comunidade, quando o acesso é somente fluvial e em casos que tem acesso terrestre o deslocamento também é realizado com motocicleta. No distrito, o usuário passa por avaliação da equipe, recebe o suporte disponível e quando necessário segue para o município de ambulância do distrito, nesse momento o deslocamento já é feito pelo Sistema Único de Saúde.

Quando a comunidade é perto do distrito o ACS liga para o enfermeiro, relata o caso e conforme for, o enfermeiro se desloca até a comunidade com o motorista da ambulância e seguem para a sede ou o motorista da ambulância se desloca até a comunidade e segue junto com o ACS e o usuário para a sede. Independente do ponto de partida do usuário, segue junto com ele até a sede do município, o técnico de enfermagem, o enfermeiro ou o ACS, além do acompanhante e do motorista da ambulância.

De maneira geral, todas as situações de urgência e emergência são encaminhadas para atendimento no hospital do município. Nos distritos de saúde que possuem equipes

ampliadas, há suporte de oxigênio, material para sutura e carrinho de emergência com medicações específicas, mas não cobre a necessidade de todas as urgências.

[...] Situações de urgência e emergência que chegam nos distritos de equipe ampliada, o usuário é estabilizado para ser encaminhado para Barreirinha e nos distritos que não tem médico, contam apenas com enfermeiro, técnico e ACS, a equipe tenta estabilizar com o que tem disponível para ser transferido (Coordenador da Atenção Básica de Barreirinha).

Seguindo o fluxo, quando chegam em local com sinal de telefone, o motorista da ambulância entra em contato com o motorista da ambulância e este já se direciona para o porto. Chegando no hospital, o usuário passa pela triagem no qual também é preenchido a ficha de entrada. Após os primeiros atendimentos realizados pela equipe plantonista do hospital, quando necessário, o usuário segue com a conduta de internação, abre um prontuário ou quando o município não possui suporte para o atendimento necessário, o usuário é transferido para o município de Parintins, nesses casos é feita uma ficha de transferência que segue com o usuário e um registro no livro de remoções que permanece na unidade hospitalar.

Quando o usuário não precisa de remoção para outro ponto da rede e recebe alta, o deslocamento de retorno para sua casa é custeado por ele, em casos extremos de falta de recurso, é acionado a secretaria de saúde que disponibiliza o recurso de retorno ou uma ambulância.

Quando Parintins é necessário ser acionado, a assistente social do hospital em Barreirinha contacta o setor de remoção fluvial e a assistente social de Barreirinha que fica em Parintins. Os casos são avaliados e dependendo do grau de necessidade de assistência o paciente vai acompanhado do técnico, enfermeiro ou médico e enfermeiro.

O deslocamento é feito com um motor de 115Hp, levando 50 minutos a 1 hora na cheia e 1 hora e 40 minutos a 2 horas na seca. O gasto de combustível na cheia é de 70L para ir até Parintins e voltar, enquanto na seca o mesmo percurso gasta 90L de combustível.

[...] A estrutura pra ambulância encostar na seca é mais difícil. A viagem demora muito mais. Na cheia não, encosta em qualquer lugar. O embarque e desembarque é na rampa do mercado, mas na seca não tem condições e a gente tem que procurar um lugar mais sensível e melhor pra desembarcar esse paciente, principalmente quando é fratura. (Assistente social de Barreirinha em Parintins)

O movimento das águas nos períodos hidrológicos muda o tempo do deslocamento, o gasto do combustível e a própria otimização da assistência. É necessário pensar o local do desembarque com a necessidade de assistência do usuário.

Chegando em Parintins, o usuário é recebido pela assistente social e encaminhado para o hospital conforme a especialidade necessária, o trajeto pode ser feito com ambulância ou com o carro particular de Barreirinha em Parintins.

[...] O hospital de Barreirinha entra em contato comigo, fala da situação do paciente, mandam um encaminhamento, eu vou até o hospital e comunico que está chegando o paciente tal hora. (Assistente social de Barreirinha em Parintins)

Os usuários que estão em situação crítica e necessitam de cuidados intensivos são transferidos para Manaus. A transferência é feita por avião equipado com UTI e profissionais intensivistas. A solicitação de transferência é realizada pelo hospital de Parintins pelo Sistema de Transferências de Emergências Regulares (SISTER) que está em funcionamento desde junho de 2019.

O acesso ao SISTER é via internet, o médico responsável preenche um formulário contando detalhes da situação do usuário e o médico regulador na capital organiza as prioridades conforme os protocolos estabelecidos e responde ao médico solicitante a data da remoção com o nome da unidade que receberá o usuário. Através do sistema, a comunicação com informações da evolução da situação do usuário é mantida durante todo o tempo de permanência dele na unidade hospitalar na capital.

Antes do sistema, os trâmites de transferências eram todos providenciados pelo hospital solicitante. O profissional responsável entrava em contato com o médico regulador na capital e após a ciência deste, também entrava em contato com a empresa do avião de UTI aérea e após a disponibilidade do avião ligava para as unidades hospitalares em busca de um leito disponível.

Quando o avião chega em Parintins a equipe aérea se desloca até o hospital para a remoção do usuário. Nos casos que são removidos dois usuários de hospitais diferentes, a equipe da UTI aérea se desloca para a remoção do caso mais crítico e a equipe hospitalar leva o usuário de ambulância até o aeroporto onde seguirá o fluxo da remoção.

2.2 A ferramenta “usuário-guia”

O usuário-guia enquanto ferramenta metodológica permite através de um caso guia percorrer o caminho do cuidado disparado por uma determinada situação e narrar os encontros desse trajeto, sempre pelas lentes do usuário e das pessoas da sua rede, trata-se então de um “fio-condutor”.

Nessa perspectiva, o usuário passa a ser a centralidade do saber, não como objeto de pesquisa, o olhar do pesquisador não está voltado para o usuário como um fonte para extração de dados, o olhar do pesquisador é o do próprio usuário (MOEBUS *et al*,2016). Busca-se a oralidade que dá voz às memórias da produção do cuidado através dos encontros, possibilitando enxergar o cuidado também fora das redes formais de saúde.

Esta ferramenta nasceu a partir de uma necessidade da pesquisadora Ermínia Silva em suas pesquisas com o Circo-teatro (SILVA,2007) e devido os artistas circenses apresentarem características nômades, a pesquisadora buscou artistas-guia e juntos, mapearam lugares e práticas, “na construção da memória dos seus viveres circenses” (GOMES E MERHY,2014, p.12).

Memória e encontro são dois fatores de produção inerente a ferramenta “usuário-guia”. Parte da memória do usuário a narração de todos os encontros produzidos no cuidado em saúde. A memória traz a conexão do presente com o passado (BOSI, 1994), no entanto, Halbwachs (2006) insere à memória conexões com outros indivíduos. Para o autor as memórias individuais estão estritamente ligadas à essas conexões, estabelece ainda que a lembrança não é o reviver do fato, mas reconstruir o passado com as experiências e percepções do momento presente.

“Cada usuário-guia vai produzindo uma variedade de acontecimentos, de produções de vida em sua trajetória, entrecruzando encontros e desencontros” (MOEBUS *et al*,2016, p.48). Desta forma, não há um roteiro a ser seguido no encontro com o usuário e o caminhar pelas suas redes, há uma singularidade a ser respeitada e permitida pelo pesquisador debruçar-se sem a ideia de uma lógica fechada e acabada.

2.3 Quilombolas do rio Andirá

Das vinte e três comunidades rurais do município de Barreirinha, cinco são comunidades de remanescentes quilombolas situados às margens do rio Andirá (Santa

Tereza do Matupiri, Boa Fé, Itaquara, São Pedro e São Paulo do Açú).

Figura 8. Mapa de Localização das Comunidades Quilombolas de Barreirinha



Fonte: Google Earth, 2019.

Com base fornecida pelo INCRA, Ranciaro (2016) estima que há 486 (quatrocentos e oitenta e seis) famílias, totalizando 2.430 (dois mil, quatrocentos e trinta) habitantes do território quilombola, afirma também que este quantitativo aumentará, uma vez que ainda há 3 comunidades que estão em processo para obtenção de sua autodefinição. Atualmente no Brasil existem 1.624 comunidades quilombolas registradas pela Fundação Cultural Palmares (SANTOS *et al.*, 2011).

Acampamento guerreiro na floresta, esse é o significado de quilombos, palavra que surge dos africanos bantos. Quilombo é um território marcado pela luta e resistência, a princípio, lugar de escravos fugitivos, posteriormente, um lugar de escravos libertos que continuavam firmes na luta (FREITAS *et al.*, 2011). Após a abolição, houve uma

diferenciação territorial marcante, fato que reafirmou a importância dos quilombos.

“Fato marcante da história do Brasil, no período pós-abolição, é que os negros foram expulsos das regiões centrais da cidade. Eles foram perseguidos, pois eram vistos como símbolo do não-desenvolvimento e da não-civilização. Essa situação promoveu uma divisão territorial dos espaços urbanos e rurais em que foi definindo uma territorialidade, quando os grupos “de cor” foram se estabelecendo em lugares segregados, como as comunidades quilombolas”. (FREITAS et al., 2011, p.938)

Em 1988, foi aprovado pela Constituinte, o artigo 68 (BRASIL, 2002) que garante a posse definitiva de terras por remanescentes de quilombos, proporcionando um dispositivo constitucional para as grandes lutas dessa população. O artigo 68, junto aos ganhos, trouxe ainda um novo conceito, “remanescentes de quilombos”. São considerados remanescentes de quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição que contam com uma história própria de relações territoriais e ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. (REIS, 2014).

O Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) através da Instrução Normativa Número 16, estabelece que é considerado terras ocupadas por remanescentes de comunidades quilombolas:

Toda terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural, bem como as áreas detentoras de recursos ambientais necessários à preservação dos seus costumes, tradições, cultura e lazer, englobando os espaços de moradia e, inclusive, os espaços destinados aos cultos religiosos e os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos.

Os remanescentes de quilombos tiram da terra o seu sustento, há uma estreita ligação entre eles, é mais que meio de trabalho e de vida, mas significa o ganho de uma luta histórica. Freitas *et al.* (2011, p.939) ressaltam que “os membros da comunidade estão ligados a trabalhos rurais, ou culturas de subsistência, e muitos dependem de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, entre outros”, alertam ainda sobre a necessidade de respeitar às noções de saúde que cada comunidade possui, pois estas possuem sua própria eficácia.

Ao buscar relacionar as comunidades quilombolas e o acesso à saúde, é necessário compreender o vínculo existente entre os comunitários e o ambiente onde vivem, entender

a cultura e as diferentes formas de fazer saúde através das práticas tradicionais.

As práticas tradicionais em saúde estão relacionadas com os saberes populares de produção do cuidado. Santos *et al* (2011) em uma pesquisa realizada com comunidades quilombolas em Goiás, constataram que há uma aglutinação dos conhecimentos tradicionais e biomédicos no enfrentamento dos processos de saúde-doença, com isto, os autores explicam que esta hibridização é legitimada pela presença dos agentes comunitários de saúde na comunidade, ao passo que também há um vasto conhecimento de plantas medicinais. Os autores concluem o estudo afirmando que a aglutinação dos saberes tradicionais com os saberes científicos é uma forma de suprir a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde.

A organização do território quilombola na região do baixo Amazonas é referenciada principalmente pela memória coletiva, contribuindo para a construção da identidade quilombola que parte do “mito de origem”, representado pelo ex-escravo Benedito Rodrigues da Costa, que chegou ao rio Andirá entre o final do século XIX e início do século XX (RANCIARO, 2016). Ser quilombola é uma questão de identidade, é assim que eles se autodenominam, apesar de estarem em uma área geográfica cercada por rios, eles não se veem apenas como ribeirinhos, mas como quilombolas.

“Por morarem às margens de rios, lagos ou enseadas, pertenciam, sim, a uma comunidade dita ribeirinha, entendendo-se por esse espaço como uma área do interior ou um povoado rural do rio Andirá. Todavia, em 2013, como reconhecimento dos quilombos do rio Andirá, conquistado pela luta identitária deflagrada pelo movimento organizativo, os agentes sociais são hoje identificados e reconhecidos por todos como pertencentes à etnia quilombola”(RANCIARO, 2016, p.60).

Em relação a rede formal de saúde, as comunidades quilombolas do rio Andirá fazem parte da cobertura da Secretaria Municipal de Saúde de Barreirinha, são contempladas com visitas da Unidade Básica de Saúde fluvial desde 2017, possuem uma Unidade Básica de Saúde de referência localizada no distrito do Piráí.

As comunidades contam com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), estes fazem parte da equipe de saúde da família, são membros da comunidade e possuem atribuições regidas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2017). Entre as atribuições do ACS estão a orientação das famílias quanto ao serviço de saúde; desenvolver ações que busquem a integração da equipe e comunidade; acompanhar por meio de visita

domiciliar todas as famílias sob sua responsabilidade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e ao acompanhamento de pessoas com problemas de saúde.

Nunes *et al* (2002) consideram que o ACS facilita o acesso das pessoas aos serviços médicos e às ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Por ser um membro da comunidade, o ACS é um ator importante quanto ao estreitamento do vínculo com a família.

O ambiente nos espaços de comunidades quilombolas é produtor de vida, nele os movimentos e conexões são estabelecidos, a sabedoria popular ganha vez. A relação com o ambiente está em todos os campos, na produção de saúde através da extração de plantas e ervas para medicamentos, no sustento da família por meio de hortas caseiras, pesca, caça, no trabalho com o uso da matéria prima proveniente da floresta, na valorização da história e cultura da comunidade como é o caso da significação da terra para os quilombolas e via de transporte, pois os rios são as verdadeiras estradas dos centros urbanos.

2.4 Comunidade Santa Tereza do Matupiri, o lugar do encontro entre o pesquisador e as pessoas do lugar

Para apresentar o território líquido da comunidade quilombola Santa Tereza do Matupiri, partimos de uma escrita coletiva de três pesquisadores inseridos no projeto maior na qual esta pesquisa faz parte.

Utilizamos como ferramenta o diário cartográfico para o registro dos nossos afectos e fotografias, a fim de através das imagens proporcionar ao leitor um encontro (visual) com o território, permitindo assim, outros efeitos. Os afectos são os resultados dos encontros em nós, os movimentos gerados por ele (DELEUZE e GUATTARI, 2010).

Estivemos na comunidade Santa Tereza do Matupiri em momentos diferentes, não só entre nós, pesquisadores, mas também em momentos diferentes do regime das águas do Rio Andirá, rio que passa pela comunidade. Estivemos presente em outubro de 2018 por 10 dias, em janeiro de 2019 mês que o rio está com nível baixo, mas já em processo de subida, por um período de 15 dias, outro momento foi durante os níveis altos do rio no mês de junho de 2019 por mais 10 dias.

O encontro dos pesquisadores com a comunidade, é sem dúvida um encontro de

múltiplas expressões. Somos observados, aos poucos ficam mais abertos para conversas, contam histórias e nos perguntam sobre a nossa formação ou o que estamos fazendo ali.

Figura 9. Comunidade Santa Tereza Matupiri. Período de águas altas



Fonte: O autor, 2019.

Certo dia reunimos pessoas da comunidade no centro comunitário para falarmos dos remédios caseiros que eles utilizavam, nos ensinaram como fazer e para que fazer. Difícil achar algum sintoma que não tenha um chá ou uma erva que possa fazer melhorar.

Outro dia, após o campo, recebemos uma mensagem que dizia “estou morando na cidade agora, vim fazer um curso na área de saúde”. O movimento gerado pelos encontros com os pesquisadores afeta de algum modo a vida das pessoas da comunidade.

As famílias realizam diferentes atividades: alguns se encontram para a produção relacionada a mandioca, se reunindo para descascar e produzir a farinha no quintal de casa, na roça; ainda outros produzem vassouras e cestos, indo juntos para a mata buscar cipó e para descascar e fazer todos os processos da produção. Neste momento contam histórias e ensinam, percebemos sempre jovens e crianças por perto.

Figura 10. Processo da produção da farinha



Fonte: O autor, 2019

Figura 11. Família reunida na produção de vassouras



Fonte: O autor, 2019

No fim da tarde, homens, mulheres e crianças se reúnem para jogar futebol, seja em campo com grama ou campo de areia, inclusive há um torneio anual de futebol nos festejos de São Sebastião que acontecem no dia 20 de janeiro, o dia do padroeiro. Nestes festejos, a comunidade realiza brechó, café da manhã coletivo, procissão com a reza do terço e procissão de barco com a imagem do santo. A crença, a fé são pontos fortes nas

conversas na comunidade, há sempre uma razão divina para todos os acontecimentos.

A comunidade conta com duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que se dividem no território e realizam visitas diárias para o acompanhamento das pessoas da comunidade, aproveitam para conversar sobre temas diversos como a água, alimentação, higiene, organizam ações em parceria com a escola e outros. Estão sempre disponíveis, ainda que seja madrugada ou fora de horários tradicionais de trabalho, são o primeiro ponto da rede a ser acessado em casos de urgência e emergência.

Figura 12. Ação de limpeza da comunidade



Fonte: O autor, 2019

Nas noites do fim de semana, as casas da comunidade são invadidas pelo som do barzinho que fica localizado próximo a uma das entradas da comunidade. Lá, pessoas se reúnem para jogar sinuca, beber e ouvir músicas, que a sua maioria são do gênero forró ou brega. Esse encontro gera grandes conflitos na comunidade porque muitos homens saem bêbados, brigam, acontecem acidentes como facada e afogamento pelo uso excessivo de álcool.

No período da seca, nível mais baixo do rio, geralmente o chefe da família sai para pescar na madrugada acompanhado de alguns filhos, voltam antes do almoço e a pesca garante o alimento da família por alguns dias e quando conseguem pescar grande quantidade, também vendem ou fazem trocas com outras famílias.

A produção dos encontros é primeiramente o efeito que um corpo exerce sobre outro corpo, então o estado de um corpo sofre a ação de um outro corpo. Assim conhecemos as afecções, a partir dos encontros que geram as ideias que temos sobre algo, as sensações ou as percepções. “Mas a afecção não só é o efeito instantâneo de um corpo sobre o meu, mas tem também um efeito sobre minha própria duração, prazer ou dor, alegria ou tristeza” (DELEUZE e GUATTARI, 2010, p. 27).

O grande movimento da natureza e o que produz mudando os caminhos, refazendo rotas, alterando a paisagem, os modos de fazer no cotidiano e todos os reflexos na vida são efeitos que afetam corpos e aumentam a potência do corpo e do território.

Embora esse movimento produza alterações, estas não se tornam barreiras. Quando a água, no período da cheia, começa a invadir as casas que se encontram próximas às margens, os moradores constroem marombas, elevam o piso da casa ou simplesmente incorporam a água como parte do seu cotidiano, pois é algo cíclico que acontece ano a ano, mas que também dependem do “tamanho da enchente”, pois algumas ultrapassam a média anual.

Aqui, “as águas, na época das chuvas, encharcam tudo e mudam os modos de vida. O território amazônico é vivo e se conecta pela superfície líquida” (FERLA et al, 2019, p.11). As pessoas que habitam esses territórios experimentam os movimentos constantes.

Nas áreas comuns, são construídas pontes de madeira que permitem a passagem durante a cheia. A ACS da comunidade no período de cheia do rio conta com as pontes da comunidade para a assistência e o cuidado. Na seca, a paisagem muda totalmente, permanece o ir e vir das pessoas, a ponte e as águas dão lugar aos campos de futebol, local de encontro da comunidade para o lazer, estradas, área de plantações e tantos outros.

Figura 13. ACS e o campo de futebol no período de cotas altas do rio



Fonte: O autor, 2019

Figura 14. Campo de futebol no período de cotas baixas do rio



Fonte: O autor, 2019

Nesse momento temos a dobra do pensamento, olhar esta realidade pode inicialmente trazer à tona a falta de infraestrutura ou de qualquer outro fator que no olhar de quem mora numa realidade diferente possa encontrar, mas o nosso olhar está fixado

para o desejo que a ele nada falta, para o desejo que é produção e acontecimento em ato. A vida das pessoas da comunidade não para por conta das águas que hora está mais em cima e hora está mais embaixo, mas segue na superfície.

Caminhando pela comunidade não é comum encontrar muros e cercas, o quintal de um começa onde termina o do vizinho sem divisão física, na verdade, essa ideia de propriedade privada é bem flexível, pois está fundamentada nas relações de parentesco ou de afinidade, como de compadrio ou de parceria. Todos participam de todos os espaços, sem posse, mas com respeito. Assim, é muito comum cortar caminho pelo terreno de alguém porque é mais curto ou mais arborizado.

Quando a família vai aumentando, divide-se o “terreno” para construir mais uma casa ou ser mais uma “roça” para plantar e tirar o alimento para consumo da família, venda ou troca. Desta forma a comunidade vai expandido, os filhos dos filhos e no fim todos tem algum grau de parentesco sanguíneo ou afetivo. Ao caminhar também ouvimos “bença” por todos os cantos, o pedido de benção à um familiar ou pessoa mais velha, é uma saudação de respeito e pedido de proteção.

A fé e a crença são outros pontos de afeto. Há sempre uma razão para o acontecimento de todas as coisas, ainda que não seja visto com os “olhos de retina” por nós. Em um dos encontros ficou marcado a conversa com uma puxadora⁹ que nos disse sobre as sombras que carregamos e que a falta de uma delas nos causa doenças físicas, “com jeitinho e reza”, elas voltam ao lugar e tudo se resolve. Nesse caso os sintomas são de febre, prostração e falta de apetite. A priori causa estranhamento, mas nos abre um mundo de possibilidades de curas que ainda não experimentamos, as ideias vão sendo transformadas e novas (des) organizações e (re) organizações são geradas em nós.

Nós, enfermeiras, passamos pela dobra do pensamento, temos os nossos corpos sendo afetados pelo encontro com esse mundo de possibilidades para razões de doenças físicas e curas através da fé e do que o ambiente proporciona, afectos que refletem nas ações do nosso cuidado enquanto profissionais.

Quando alguém passa por alguma necessidade de saúde, buscam as memórias quanto às práticas do cuidado dos ensinamentos que são heranças de família, recorrem às plantas e ervas medicinais, rezadores, benzedeiros e puxadores. O conhecimento não está fundamentado numa lógica biomédica, apenas é conhecido, vivido e sentido. Os

⁹ Pessoa que puxa ossos, coloca no “lugar”.

benzedeiros, rezadores e puxadores atribuem o conhecimento a Deus, dizem ser um dom a eles permitido e ensinado por pais ou avós. Nos quintais as plantas mais utilizadas pela família são cultivadas e divididas quando outra pessoa da comunidade precisa.

O fato de possuírem e recorrerem a uma medicina tradicional, não significa que não possuem acesso à rede formal de saúde do município. A presença das ACS na comunidade aproxima um ponto da rede formal de saúde no território.

2.5 O usuário-guia e o nosso encontro

A escolha do usuário guia partiu de uma conversa com a ACS da comunidade Santa Tereza do Matupiri, nesse encontro ela apresentou casos diversos que necessitaram acessar a rede de urgência e emergência do município, optamos, dentre os casos apresentados, pelo caso mais complexo, ou seja, aquele que necessitou acessar mais dispositivos da rede formal de saúde.

Com o convite à João, nome fictício do usuário guia, seu aceite e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C) assinado, seguimos juntos no resgate da memória de vida e da construção da sua rede de cuidado que foi acionada com o acidente de trabalho.

Nosso primeiro encontro foi na casa do João, estavam a esposa Ana (nome fictício) e os filhos, cachorros e galinhas também transitavam pela casa, na parede muitas esculturas feitas em madeira pelo filho mais velho, João também fez questão de falar que a mesa e as cadeiras que estávamos sentados foram feitas por ele e o filho. Começamos falando um pouco do projeto, a importância da participação dele e o quanto a pesquisa contribuiria para as políticas de saúde local.

No início, João estava tímido, respondia às perguntas feitas com frases curtas, Ana nos acompanhava na conversa. Nesse primeiro encontro também era o dia do aniversário do filho mais novo que estava completando 12 anos, o cheiro de bolo de macaxeira assando era tentador. Ana preparou um café e nos serviu juntamente com pães quentinhos. Com esse gesto, a impressão era de que o ambiente se tornava mais amigo e familiar e aos poucos João conversava mais, resgatava detalhes da sua vida e do acidente, enquanto a timidez ia ficando de lado.

João tem 34 anos, casado com Ana que tem dois filhos e juntos têm mais 3 filhos

que nasceram com auxílio de parteira na comunidade. Moram os 7 na mesma casa que possui 5 cômodos e um quintal amplo onde é o local de trabalho dele e hoje também dos filhos. Chegou à comunidade Santa Tereza do Matupiri aos 16 anos através de um irmão que havia ido e mudado para lá. Aos 17 anos conheceu Ana, neta de quilombola e vivem juntos desde então. João se considera quilombola porque mora em um território quilombola.

Nasceu no interior da Vila Amazônia, próximo à Parintins, local onde ainda residem os seus pais, Pedro com 87 anos e Maria com 78 anos, e os seus irmãos. Ao todo são 15 irmãos, ele é o terceiro filho mais velho vivo, eram 22, mas 7 morreram ainda recém-nascidos. Para chegar nesse núcleo (como é chamado pelo João) é “por trânsito, quase não tem barco mais” disse ele, os moradores vivem principalmente da pesca “não tem mais esse pessoal que trabalha na roça. É difícil quase. Só comprado” sinaliza o usuário guia.

João estudou até a 3ª série onde morou com os pais, contou também que sempre trabalhou porque na época os pais eram rigorosos e tinha que estudar e trabalhar e com o incentivo da esposa terminou os estudos na comunidade Santa Tereza do Matupiri até o 3º ano do ensino médio. Ele não soube dizer a idade que terminou os estudos “eu não estou nem lembrado, mas foi uma parte, com uma idade já avançada, uns 20 e poucos anos. Não estou lembrado bem não”.

Quanto ao trabalho, João disse que sempre fez um pouco de tudo, mas o forte é a carpintaria, “trabalhava com a carpintaria naval e civil, quer dizer, trabalhava com barco também. E na roça também. Pedreiro eu também trabalhei. Trabalhava de eletricista, de tudo um pouco”. Hoje o que mais produzem no quintal de casa são canoas, cômodas e mesas. Atribui o aprendizado de carpinteiro a Deus e à vida “Acho que foi Deus mesmo”. A vida ensinou, depois que arrumei família”. Contou ainda que a fonte de renda da casa provém do seu trabalho, recebem 80 reais do bolsa família e um auxílio de um salário mínimo da filha de 14 anos que tem síndrome de down e ainda possuem uma “vendinha” em casa que segundo Ana “as vezes dá alguma coisa, as vezes não dá nada”.

Em relação a rotina da casa, o usuário guia sinalizou que a mudança ocorre principalmente em relação a seca e cheia do rio, influenciando na alimentação e no

deslocamento feito através do rio. “A dificuldade no inverno¹⁰ é de alimento, é mais fácil sair, ir pra cidade é mais rápido. No verão fica mais dificultoso, mas é melhor porque o alimento fica muito mais fácil”. Na cheia o alimento principal é o jaraqui¹¹ que compram dos barcos que param na comunidade para vender, enquanto no verão eles saem para pescar e o cardápio passa a ser variado pelos diferentes tipos de peixe.

2.6 Memória, encontros e cuidado

O caminho traçado por João na produção do cuidado foi permeado por diversos encontros. Para Merhy (2007, p.) “Todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro, com o usuário.” No nosso segundo encontro pedi ao João que me contasse com detalhes o acidente que sofrera e percebi que a emoção pairou no ambiente, João disse que não gosta de lembrar por conta do sofrimento, Ana ficou visivelmente emocionada, os filhos foram chegando e se sentando à mesa conosco, ouviam atentamente cada palavra dita pelo pai.

O acidente ocorreu no dia 18 de dezembro de 2017, João acordou às 6 horas, algo fora do costume, pois sempre acordou antes das 6 da manhã, preparou o café e saiu para trabalhar em uma casa na mesma rua onde mora, o serviço era montar um motor gerador, chegando no local do trabalho, o dono da casa pediu para que ele também fizesse o forro da casa.

Por volta das 7 e 8 horas ele pediu ao sobrinho que levasse uma lâmina de “mastiar” madeira (Figura 15) para amolar em casa enquanto ele soldava e fazia os arremates das peças de ferro para o motor. O sobrinho amolou a lâmina, mas ainda não era suficiente, João resolveu amolar lá mesmo onde ele estava trabalhando, era por volta de 11 da manhã, a energia estava em 220W. Estavam com ele o sobrinho, o filho mais velho e o dono da casa que também era o motorista da ambulância da comunidade.

¹⁰ Na Amazônia o inverno não está associado com a temperatura, mas ao período de chuvas (dezembro a junho), sendo que o verão é o período de poucas chuvas (julho a novembro).

¹¹ Jaraqui é um tipo de peixe muito abundante nas águas amazônicas e, portanto, muito consumido pela população também pelo baixo custo.

[...] O disco era de 23 polegadas, tamanho de um prato, grandão, sem proteção porque não dá, ela é muito grande. Aí eu pisei com meu pé direito aqui e coloquei o esquerdo aqui. Aí com a mão esquerda liguei, meu pé esquerdo aqui. Agachado com a mão na lâmina, passei a primeira vez só de leve mesmo, pra ajeitar, parei e olhei, na segunda que eu amassei, só ouvi um barulho igual um tiro “PAAAAH” aí ficou rodando o pinhão, já só com esse ferro mesmo. (João)

Figura 15. Lâmina de "mastiar" madeira



Fonte: O autor, 2019

A lâmina que estava sendo amolada estourou, cortando o punho esquerdo do João, não sabem quais os motivos da lâmina ter estourado, a máquina era do dono da casa, mas João tem uma igual com a qual sempre trabalhou.

[...] Quando olhei pra baixo só vi sangue, levantei, mexi com os meus pés e tava tudo normal, olhei pra minha mão e ela tava arriada. (João)

Quando identificou que havia se machucado, João pediu para o filho ir até a casa pegar os documentos e alguma roupa, mas pediu para que não avisasse a Ana do ocorrido, no entanto o filho estava nervoso e acabou contando.

De onde estavam seguiram direto para a ambulância que tem um motor de 15hp, estavam o motorista e o filho mais velho, o rio estava enchendo, a ACS estava de férias

em Barreirinha, demoraram 1 hora para chegar até o Pucú¹².

[...] Não podia ir com força né, porque batia na água e isso aqui (mão) balançava. Todo tempo devagar. Eu agarrado aqui (mão) e ele aqui (braço), ele apertava pra não sair muito sangue, eu agarrava, mas não tinha como, eu com muita dor e balançava. (João)

Figura 16. Ambulancha da comunidade Santa Tereza do Matupiri



Fonte: O autor, 2019

João contou que o rio Andirá estava só com “ondinhas”, apesar da fama de um rio agitado e da pesquisadora aqui já ter experimentado esse rio com “ondas” grandes ou “fortes”, nesse dia o rio estava calmo, o que podemos considerar sorte ou um ponto positivo.

No meio do rio, quando começou a ter sinal de telefone, o motorista da ambulancha ligou para o telefone da ambulância para aguardá-los no Pucú. Nesse mesmo momento João pediu ao filho que rasgasse a blusa que ele vestia para amarrar o braço e pediu para que ele fosse para a proa da lancha.

Quando chegaram no Pucú a ambulância já estava os aguardando, seguiram na ambulância somente João e o filho, o motorista da ambulancha foi de mototáxi até o

¹² Nome do porto local. Lugar de chegada e partida de embarcações fluviais.

hospital para ver se havia médico na unidade. O trajeto de ambulância levou cerca de 20 minutos. O tempo gasto na ambulância causa um estranhamento no João porque a cidade é pequena, “eles dobram muito, até o cara chegar lá, ele está morto” ele explicou que a ambulância vai “naquelas últimas ruas onde não tem carro” para chegar no hospital.

Na ficha de entrada de João no hospital consta a entrada às 12:20 com o diagnóstico de trauma cortante em punho esquerdo, ao chegar ele foi para a sala de emergência.

[...] Chegou um senhor idoso lá e perguntou de mim, eu tava com a mão abaixada e sangue saindo. Mas eu tava assim, parecendo normal, chegou o senhor e perguntou onde era o ferimento e eu disse que se fosse ferimento eu não teria ido lá, ele perguntou se era grave e eu disse “é grave, torou meu punho”. (João)

Quando fizeram o raio x e constataram a gravidade chamaram o médico que solicitou a transferência para Parintins. Fizeram a imobilização com papelão como conta João que também sinalizou que a mão era muito pesada e o suporte que fizeram não aguentava o peso. Enquanto aguardava a transferência, João tomou banho, trocou de roupa e tomou três injeções para dor, assim relatou. Os procedimentos realizados não estavam escritos na ficha que tivemos acesso.

No livro de transferências e encaminhamentos do hospital consta a saída para Parintins às 14 horas. No porto João encontrou rapidamente a esposa que chegou para levar roupas para ele, mas não o acompanhou até Parintins por precisar ficar com os outros filhos. Ela foi para Barreirinha pilotando a lancha que possuem com motor 15hp acompanhada de dois filhos. João seguiu para Parintins acompanhado do filho mais velho.

[...] Eu lembro que mal vi ela lá. Eu tava com muita dor. (João)

Seguiram para Parintins de ambulancha, motor 90Hp. Na evolução de enfermagem do Hospital Padre Colombo, local onde ficou internado, João deu entrada às 18 horas, levando então 4 horas para fazer o trajeto Barreirinha-Parintins, período de seca do rio “não podia ir com força”. No pico da cheia, esse mesmo trajeto é feito em 1 hora e na vazante em 1 hora e 30 minutos.

[...] Eu ia sentado, não tinha como ir deitado, era muita dor. eu tava com a mão aqui. Não tinha como e esbarrava osso com osso. (João)

Quando chegou em Parintins, João foi recebido pela assistente social de Barreirinha que fica em Parintins, esta já havia sido contactada pela assistente social do hospital sobre a transferência do João, seguiram para o Hospital Padre Colombo em um carro particular.

A esposa de João ligou para uma irmã de João que mora no núcleo próximo a Parintins e ela foi até o hospital e ficou como acompanhante do irmão, o filho que acompanhou até chegar no hospital foi para a casa de um tio em Parintins.

Após admissão, João foi avaliado pelo médico que seguiu com a conduta de internação, foi realizada sutura com pontos aproximados e administrado antibiótico e analgésicos. Foi solicitado um novo raio X.

[...] eu falei pra ela assim “tá doendo muito, será que não tem como eles costurarem esse negócio aí, eu falei pra ela” ai ela disse assim “eu não sei, vou já falar com o médico pra eles pelo menos lavarem” e eu disse “tem que costurar porque não pode ficar aberto” ai ela foi pra lá, chegou um médico novo, quando ele foi ver, jogou soro a primeira vez por cima e ela falou assim “é bom lavar por dentro pra tirar esse sangue que tá preso ai” na hora que o rapaz disse “deixa aguentar” eu falei “manozinho pelo amor de Deus não deixa cair a minha mão” e ele “ não, tá seguro”. (João)

Na fala, João deixa expresso o seu medo de perder a mão e atribui essa “sorte” da mão não ter sido amputada porque na hora que viu o punho cortado “eu ajuntei ela e aquele sangue meio que cicatrizou assim”.

Ficou internado recebendo soro e medicação ainda no dia 19 de dezembro. A cirurgia aconteceu no dia 20, com início da anestesia às 11:20 e término da cirurgia às 13 horas conforme a ficha de evolução de enfermagem. Quando perguntado da hora que saiu da cirurgia João disse que às 15 horas. Relatou que ao entrar no centro cirúrgico, o médico o perguntou se mexia o polegar e ele respondeu que “mexia tudo”.

No dia 22 recebeu alta, a esposa estava com ele, foram para a casa dos pais dele de carro até a Vila Amazônia e depois pegaram uma moto até o núcleo onde permaneceram até o dia 31 de dezembro.

Aqui abro um parêntese para contar o trajeto da esposa de João até Parintins. Ela

relatou que no dia que viajou até Parintins, acordou cedo para ir a Barreirinha, a viagem estava planejada para o dia seguinte, mas João pediu para que ela fosse nesse mesmo dia, então retornou para casa, fez almoço, almoçou com os filhos e seguiu para Parintins juntamente com 3 filhos na lancha com motor 15hp que possuem. Era um dia de bastante vento, o rio estava forte e a lancha batia bastante.

Contou que levou um refrigerante para o lanche no caminho, mas que de tanto bater, acabou furando. Chegaram na casa dos pais do João por volta das 18:30, como o rio estava seco só havia um caminho estreito e cheio de curvas. A viagem durou cerca de 4 horas e meia. Ana relatou ainda que a primeira vez que foi a Parintins pilotando sozinha foi de rabeta e se perdeu porque no caminho há várias pontas que levam a lugares diferentes, mas que hoje em dia já se acostumou com o caminho.

Após 9 dias da alta, João e a família voltaram para a comunidade Santa Tereza do Matupiri com João pilotando a lancha, levaram 2 horas e meia, desta vez o rio estava calmo. Completando 15 dias de pós-operatório, João retornou ao médico para a retirada dos ferros que foram colocados na cirurgia, para ele foi um momento de sofrimento e de dúvida quanto ao tempo de retirada dos ferros. João foi sozinho de barco até Barreirinha e de lá pegou uma lancha para Parintins, pois o custo de ir para Parintins e voltar de lancha própria com toda a família é alto, cerca de 200 reais só de combustível.

[...] Se tivesse os ferros ainda com 1 mês ia ficar normal, ia cicatrizar bem, fechar bem. Foi sofrido, foi tirado na marra. Quando ele tirou daqui primeiro, ela arriou logo. Foi para o segundo e ela foi arriando, no terceiro ela acabou de arriar de vez. (João)

A mão de João não se sustenta, é preciso segurá-la, caso contrário ela fica para baixo. O punho e a parte superior da mão perderam a sensibilidade e os movimentos da mão foram preservados.

No pós-operatório João tomou os remédios prescritos pelo médico, conforme receituário. Ana disse que fez remédios caseiros para João com a folha de mão aberta e a folha de corama, ambas para fazer compressa.

[...] Era pra quentura. Inchava muito também porque tinha muita quentura. Colocava em cima. A mão aberta a gente murchava e colocava em cima, a outra deixava ferver e colocava em cima também. O dia todo, secava e colocava outra. (Ana)

Tomou banha de sucuriçu, dado por um vizinho, por ser bom para cicatrização, todos os dias pingava algumas gotas direto na boca, conta que era enjoado e tinha pitiú¹³. A prática da medicina tradicional através das plantas medicinais vem do exemplo da avó de Ana e dos encontros ao longo da vida.

[...] A gente vai aprendendo né, com as pessoas por aí, as vezes em fila escuta. A minha avó era curandeira. Aprendi muito remédio com ela. (Ana)

A ACS fazia visita diária para limpar os pontos e ver como estavam. Com um pouco mais de 1 mês, os pontos foram retirados.

[...] Os pontos estavam sequinhos, a mão ainda estava inchada. (ACS)

O médico de João pediu para que ele fizesse fisioterapia, como conta o usuário, porém João não procurou fazer, mas por uma ação da prefeitura de Barreirinha na comunidade, a fisioterapeuta o encontrou e pediu para que fosse até ela na unidade básica de saúde para iniciar o acompanhamento.

No dia 23 de fevereiro de 2018 João começou a fisioterapia, como consta na evolução da fisioterapeuta presente no prontuário da UBS, com a média de 3 vezes por semana segundo a fisioterapeuta, com sessões de 1 hora, durante 1 ano. Os materiais da fisioterapia foram improvisados, o que para a profissional não significou ausência de técnica pois proporcionou ganhos ao João.

[...] Era improvisado. Fazia com papel, tampinha de garrafa. Como eu não trabalhava só a mão dele, mas o membro todo, trabalhava também com bola, teraband que é o elástico. Quando ele começou a perceber o que estava conseguindo com a fisioterapia ele foi bem persistente. (Fisioterapeuta)

¹³ Odor forte, semelhante ao de peixe.

A situação financeira da casa mudou porque apesar de permanecer o esforço para trabalhar, a quantidade de trabalho já não é mais a mesma. João toma remédio para aguentar a dor todos os dias às 3 da manhã. Trabalha por não ter outra forma de sustentar a casa, somente os auxílios que recebem não são suficientes. Aprendeu a conviver com a dor.

[...] Acostumou assim já. Mas é uma dor que não dá pra explicar, é uma dor agoniada. (João)

2.7 As questões envolvidas no acesso pela perspectiva do caso-guia

Compreender os caminhos traçados pelo usuário-guia, nos permite através da sua perspectiva, entender como o acesso à saúde foi estabelecido e os sentidos produzidos em torno do cuidado. O termo “acesso” é utilizado para a entrada no sistema ou no serviço para sua utilização (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2010).

A noção de acesso à saúde também está implicada em atributos como a bagagem cultural, o nível educacional, crenças e condições social e econômica, desta forma insere a liberdade quanto ao uso dos serviços. Os atributos fazem o usuário estar mais ou menos livres para utilizar os serviços de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Para esses autores o acesso pode ser avaliado em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Baseados nessas dimensões do acesso, categorizamos e analisamos o acesso tomados pelo discurso do usuário guia na produção do cuidado.

A dimensão **disponibilidade** refere-se principalmente às questões geográficas, transporte, tempo e serviços utilizados. Diante das narrativas do usuário-guia e das suas redes, a noção de distância esteve implícita no tempo gasto no deslocamento, implicados ao período de cotas altas ou baixas do rio e ao tipo de transporte que foi utilizado. A ambulancha por possuir um motor mais potente, encurta a distância comparado ao período que o usuário realizava fisioterapia e se deslocava de rabetá, um motor menos potente.

O rio está imbricado ao modo de viver da região, desta forma o acesso ser por via fluvial é visto de forma positiva, no entanto, a característica do rio Andirá de por vezes impedir a travessia, é visto como ponto negativo ou uma barreira. No discurso o usuário-guia situa a condição do rio ao momento “estava só com ondinhas” para deixar registrado que o rio estava “calmo”. Silva (2019, p.31) afirma que “este rio apresenta águas que ficam

tão agitadas pelos ventos que torna impossível a travessia, obrigando as pessoas a atracarem em alguma “beira” e aguardar o rio acalmar”.

O município que o usuário-guia reside respondeu parcialmente as necessidades decorrentes do acidente, ou seja, foi preciso a utilização da rede de urgência e emergência de outro município. No entanto, os pontos acionados foram os seguintes: acolhimento do piloto da Ambulancha, Ambulância, acolhimento no hospital, encaminhamento para outro município. Podemos dizer que a gestão regionalizada utilizada pelos serviços foi colocada em prática, o que não significa necessariamente, uma pactuação dos serviços pelos municípios da região.

Um fator relevante na produção do cuidado é a presença da ACS na comunidade que compreende um ponto no acesso e atravessa todas as dimensões de análise. Medeiros (2018) atribui ao ACS a importância quanto a dimensão organizacional do acesso. Através da ACS, João pode fazer os curativos sem precisar se deslocar para fora da comunidade, o usuário-guia mostrou a interligação da ACS com o cuidado formal na comunidade.

A categoria **recursos, usos e custos** está relacionada aos custos para o deslocamento, combustível, insumos, alimentação, hospedagem, procedimentos e medicamentos. Em relação ao transporte, o usuário-guia para o primeiro acesso à rede teve os custos do deslocamento cobertos pelo sistema de saúde. No entanto, o deslocamento da sua família para apoiá-lo quanto a assistência e as idas para retorno à Parintins e fisioterapia em Barreirinha semanalmente não foram previstas pelo Sistema de Saúde. Mesmo estando com a mão ainda em recuperação, o usuário-guia pilotava a sua rabeta, diminuindo os custos de combustível e alimentação, que são desembolsados pelo usuário.

Em um estudo realizado na Reserva Mamirauá, na região do médio Rio Solimões, observou-se que o principal custo no acesso à saúde pelos ribeirinhos do local está no valor pago pelo “combustol”¹⁶ no deslocamento e soma-se a ele o valor para alimentação quando a espera para atendimento é longa e em seguida o valor dos medicamentos quando estes não são ofertados pelo serviço de saúde (MEDEIROS, 2018). No caso do usuário-guia, os medicamentos prescritos foram fornecidos pela secretaria de saúde.

¹⁶ Termo utilizado para diesel e gasolina

A dimensão **compreensibilidade** refere-se principalmente à percepção dos serviços de saúde pelos indivíduos e é influenciada por aspectos educacionais e culturais. João sabia da necessidade de ser atendido de forma especializada, em nenhum momento houve recusa aos tratamentos que lhes foram prescritos. Em algumas situações na sua fala, o usuário deixa explícito o medo de perder a mão e reforça esse pensamento ao longo do discurso. Reflete quanto a retirada precipitada dos “ferros”, mas reconhece o cuidado em todos os momentos. O modelo biomédico, não é a única forma de produção do cuidado utilizada por ele, através do conhecimento da sua esposa, João utiliza plantas para aliviar o inchaço e a “quentura”. Esses conhecimentos vêm da sabedoria familiar acerca do uso das plantas.

A **cultura** está enraizada nos modos de vida da população quilombola, nas diferentes crenças religiosas e nas relações que estes povos estabelecem com o ambiente. Geertz (1989) insere à cultura o conceito de sistema de signos e símbolos que são interpretados conforme o contexto que os indivíduos estão inseridos.

Travassos e Castro (2012) afirmam que somente a disponibilidade de recursos (humanos e materiais) não garante o acesso, neste sentido, os autores inserem as “barreiras de acesso” que são caracterizadas pelos fatores que obstruem ou facilitam a capacidade de utilização do serviço de saúde pelos indivíduos. Nesta perspectiva, os autores inserem a cultura como uma barreira. Olhando para o usuário-guia, a cultura não se constituiu como uma barreira no acesso à saúde, ao contrário, através dela pode-se utilizar os saberes tradicionais na produção do cuidado.

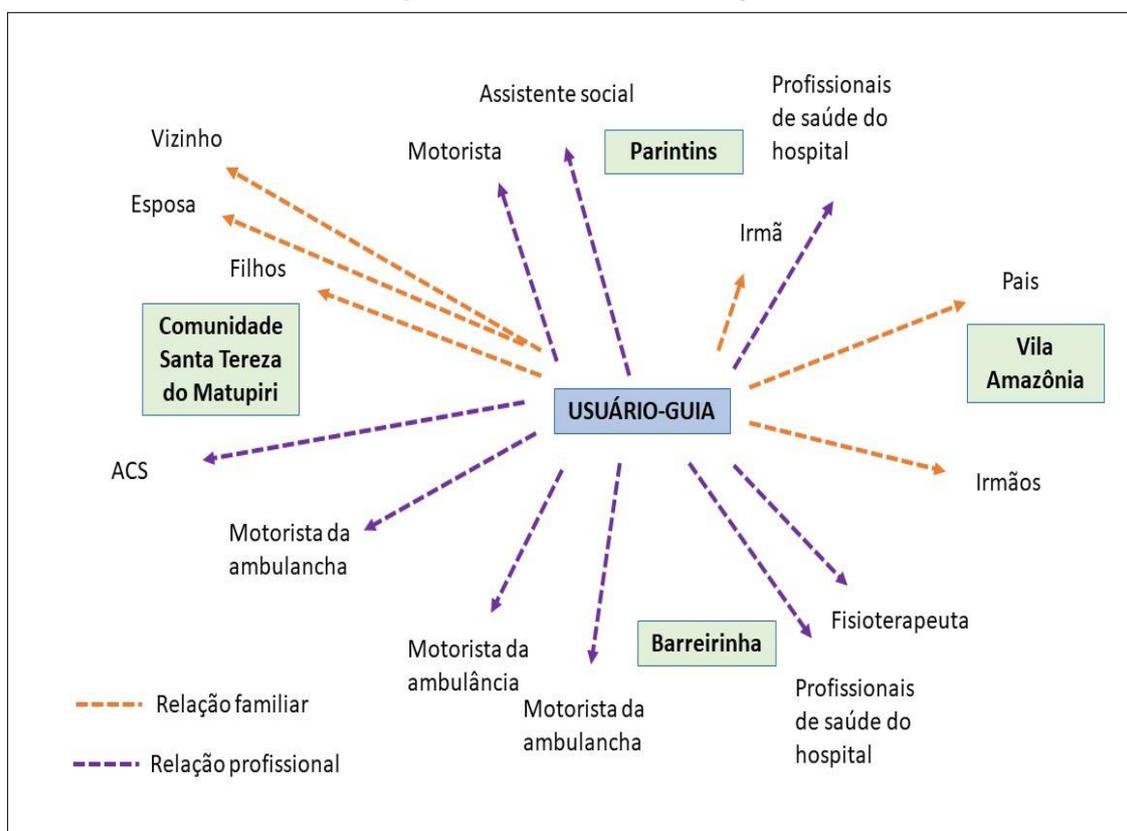
Traçando os caminhos do usuário, percebemos o valor das redes que ele disparou e produziu, desta forma temos as **redes vivas**. Para entendermos o termo “redes vivas” utilizado neste trabalho, precisamos refletir sobre as definições da palavra “rede” que tem sua origem no latim, significando entrelaçamento de fios e que, ao longo do tempo, foi somando novos significados. O conceito de redes vivas faz relação com o conceito de redes, entretanto analisa os “nós”, “conexões”, “interligações” e “sistemas” sob uma outra ótica. Nesta ótica, os “nós” são os indivíduos que são capazes de estabelecer encontros e conexões com outros indivíduos que resultam na produção do cuidado, saberes e vida. Para Araújo (2017) nós somos elo de uma complexa rede de ligações caracterizando as redes vivas.

De acordo com Merhy (2016), ainda que o indivíduo seja “redes vivas de si

próprio”, estão em constante movimento e produção de saber. Essa rede não é algo que já está pronto ou tem o caráter fixo, mas nos “acontecimentos são tecidas”. O usuário-guia constituiu-se como um ponto da sua própria rede quando se coloca como um gestor do seu cuidado ao decidir ir sozinho pensando na sua família, pois assim, reduziria custos.

Na produção do cuidado de João, as redes vivas foram sendo tecidas (Figura 17), partindo primeiramente dos pontos formais que ao longo do percurso se entrelaçam com pontos de fora dessa rede formal constituída por profissionais de saúde. A irmã representou um elo forte proporcionando segurança e companhia diante dos procedimentos da assistência. A esposa e os filhos representam um elo importante principalmente no pós acidente e recuperação, desde o cuidado com remédios caseiros ao retorno ao trabalho que hoje é realizado com ajuda dos filhos. Não há um ponto da rede mais importante que o outro, ainda que a demanda tecnológica seja distinta, todos os pontos se interligam para a produção do cuidado e garantia da assistência.

Figura 18. Rede viva do usuário-guia



Fonte: O autor, 2020.

Pensando em acesso a saúde, as redes vivas são elementos que contribuem de forma formal ou informal para a produção do cuidado e de saúde, analisando saúde no seu conceito ampliado em que a doença não é o foco, dando ênfase na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. O usuário-guia que partiu de um caso complexo, mas também de um território singular, característico da Amazônia, nos aproximou da realidade e dos desafios que usuários e profissionais da saúde enfrentam em seus territórios e suas potências, aliados aos saberes técnicos, biomédicos e culturais.

O acesso à saúde no território líquido é possível, os conhecimentos tradicionais que são pautados na cultura dos grupos sociais são ferramentas que possibilitam a diminuição das iniquidades, favorece a equidade e torna o acesso além de uma categoria de distâncias e usos entre usuários e serviços de saúde, levando à inovações nas políticas de saúde, produção do cuidado e inclusão dos saberes tradicionais nas práticas do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: um porto de chegada para nos levar a outras viagens

Este estudo nos aproximou do território líquido do baixo Amazonas e nos proporcionou conhecer os fluxos e redes dos ribeirinhos e quilombolas no acesso a Rede de Urgência e Emergência. O pulso das águas ordena os modos de vida não como barreira, mas como parte da Amazônia e desta forma o movimento das águas é incorporado, aprendido e apreendido na vida de moradores e profissionais de saúde desta região.

A regionalização compreende uma grande rede nas quais os pontos são interligados e acessados quando “coisas grandes” acontecem, esse acesso é intermediado por tipos de transportes diferentes e tempos que variam conforme o regime hidrológico, assim, aumentando e encurtando espaços.

O estudo mostrou que nos períodos de cotas altas e enchente há mais remoções, nesse período o acesso é mais rápido devido ao aparecimento de furos, facilitando o acesso pelos ribeirinhos aos serviços de saúde.

Percorrer o caminho na produção do cuidado disparado por uma situação de urgência e emergência com o usuário-guia, nos fez entender que esse cuidado é compartilhado pelos diversos encontros do usuário e sua rede viva.

O acesso à saúde no território líquido não tem nada de simples, mas também não temos um território-barreira, senão um território-caminho, um território-existência, um território-meio-para-outros-territórios e tantas outras territorialidades que se comunicam e dialogam na necessidade de se produzir cuidado. Os fluxos e acessos são produzidos nessa multiplicidade de encontros, que não estão visíveis aos olhares do trabalho e da gestão, mas que estão presentes na dinâmica da vida e da existência das pessoas.

Como pesquisadores in-mundo, vivemos o território e nos deixamos afetar por cada pessoa que encontramos, fomos atravessados pelas especificidades do lugar, pelas presenças e potências existentes nos diferentes modos de vida.

A pesquisa nos aponta para outros estudos que busquem analisar a relação entre o ciclo das águas e os agravos e para os fluxos e acesso aos serviços de saúde em outros municípios e regiões, pois permite realizar um planejamento e uma gestão do território mais próxima da vida e necessidade das pessoas.

É necessário também estudos que partem da perspectiva produzida pelos usuários

no acesso à saúde, compreendendo as redes vivas que fazem parte do cuidar, dando visibilidade e voz às relações estabelecidas e às diferentes vidas desse território singular nas políticas públicas de saúde, estabelecendo pesquisas com caráter participativo.

O estudo mostrou a necessidade de pactuação das redes de atenção à saúde na perspectiva regional, pois a dinâmica e os movimentos dos usuários na rede podem se constituir de modo espontâneo e não programado. Por isso, olhar para os usuários, modos de vida, cultura e território nos possibilitam uma aproximação dos serviços com os lugares e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A; MERHY.E. E; GOMES, M.P.C; TALLEMBERG, C. CHAGAS, M.S. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Revista Lugar Comum**, 2012.

AMAZONAS. Secretaria de Saúde do Estado. Plano Estadual de Saúde do Amazonas: 2016 – 2019. / Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Manaus: SUSAM, 2016. 256p

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

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

ARAÚJO, Denise Rodrigues Amorim de. As Redes Vivas no trabalho dos catadores e catadoras de resíduos sólidos no município de Manaus/AM. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. 2017. 102 f.

BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. **São Paulo: Companhia das Letras**, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2010.14.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1600, de 07/07/2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília -DF, 2011

BRASIL. Decreto no 7508, de junho de 2011. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº2.488, de 21 de outubro de 2011. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2012.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 4, p. 679–84, 2006.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. [s.l.] Paz e terra São Paulo, 2005. v. 3

CECCIM, R. B. et al. **Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências ‘informes’ e pesquisa-formação (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde) - Volume 2**. [s.l.] Editora Rede UNIDA, 2016. v. 2

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. São Paulo, Saraiva, 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia 1. Tradução de Luiz B. L. Orlandi. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2010. 560 p.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise.

Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 472–485, jun. 2015.

EIBENSCHUTZ, C. (ED.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 1995.

FERLA, A; SCHWEICKARDT, J.C; SCHWEICKARDT, K, H.S.C; GAI, D.N. Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido IN:**Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia, Vol.2/ Alcindo Ferla [et al] organizadores. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019, p.08.**

FRAXE, T. J. P. **Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas**. [s.l.] Annablume, 2000.

FRAXE, T. J. P. et al. (EDS.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas**. Manaus, AM: EDUA, 2007.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, 2011.

FUINI, L. L. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos. **Terra Plural**, v. 8, n. 1, p. 225–249, 2014.

GEERTZ, Clifford. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos **Editora S.A**, 1989.

GIMENEZ, D. D. M. JULIANA PINTO DE MOURA CAJUEIRO. O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas, p. 538, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2012.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de empresas**, v. 35, n. 3, p. 20–29, 1995.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. [Org]. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176 p.

GOTTMANN, J. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 2, n. 3, p. 523–545, 2012.

GUIMARÃES, W. S. G. Avaliação Da Atenção Pré-Natal Na Atenção Básica Por Macrorregiões Geográficas E Por Regiões De Saúde. p. 98, 2016.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. 2010.

HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva e o espaço. **A memória coletiva**, p. 157-189, 2006.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263–280, 2013.

MEDEIROS, M. S. D. Condições de vida e de saúde no contexto de uma unidade de conservação ambiental de uso sustentável na Amazônia Brasileira / Marcílio Santos de Medeiros. - Recife: [s.n.], 2018.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis**, p. 31–42, 2016.

MORAES, A.; SCHOR, T. REDES, RIOS E A CESTA BÁSICA REGIONALIZADA NO AMAZONAS, BRASIL. **Revista ACTA Geográfica**, p. 79–89, 2010.

MORAES, M. O. O conceito de rede na filosofia mestiça. **Revista Informare**, v. 6, n. 1, p. 12–20, 2000.

NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1639–1646, dez. 2002.

ORLANDI, E. P. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em aberto**, v. 14, n. 61, 2008.

PASSOS, E. BARROS, R.B. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina Editora Meridional, 2015.

PEREIRA, F; SCHWEICKARDT, J.C; SCHWEICKARDT, K; LIMA, R.T.S.O banheiro no território líquido na Amazônia: análise da micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha IN:**Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia, Vol.2/ Alcindo Ferla [et al] organizadores. - Porto Alegre: Rede Unida, 2019, p.08.**

Pereira, H.S. 2007. A dinâmica da paisagem socioambiental das várzeas do rio Solimões-Amazonas. In : Fraxe, T.J.P.; Pereira, H.S.; Witkoski, A. C. (Orgs.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso de recursos naturais** . EDUA, Manaus. p.11-32

RANCIARO, M. M. M. DE A. Os cadeados não se abriram de primeira: processos de construção identitária e a configuração do território de comunidades quilombolas do Andará (Município de Barreirinha–Amazonas). 2016.

ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SAMPAIO, F. P. R. et al. Níveis fluviométricos e o custo de vida em cidades ribeirinhas da Amazônia: O caso de Manacapuru e Óbidos. **Symposium SELPER. Anais**, 2012.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260–268, mar. 2012.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. D.; SILVEIRA, M. L. **Território globalização e fragmentação**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 1, p. 15-20.

SCHWEICKARDT, J. C. **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, 2016. Cap. 1, p. 25-54

SILVA JÚNIOR, E. S. DA et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. s49–s60, nov. 2010.

SIQUEIRA DO AMARAL, C. et al. Situações de urgência e emergência na atenção primária reguladas pelo SAMU. **Journal Health NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 241–252, 2018.

SOUZA, N. D. DE. **O processo de urbanização da cidade de Parintins (AM): evolução e transformação**. Doutorado em Geografia Humana—São Paulo: Universidade de São Paulo, 5 ago. 2013.

SPINOLA, H. B. et al. O ribeirinho: ontem e hoje na defesa do peixe no Amazonas. 1997.

STARFIELD, B. New paradigms for quality in primary care. **The British Journal of General Practice**, v. 51, n. 465, p. 303, 2001.

UNGLERT, C. V. DE S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, p. 445–452, 1990.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

YIN, Robert. Pesquisa qualitativa do começo ao fim. São Paulo: Editora Penso, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PERGUNTAS DISPARADORAS PARA O USUÁRIO-GUIA

A Saúde na Comunidade

1. Qual a sua percepção sobre saúde?
2. Quais os serviços de saúde que tem na comunidade?
3. Quais são as práticas de saúde da comunidade?
4. A quem você procura quando necessita de atenção em saúde?
5. Como o Agente Comunitário de Saúde – ACS atua na Comunidade?
6. Caso não tenha uma unidade de saúde na comunidade, qual a periodicidade da visita da equipe na Comunidade?
7. Como é realizado o encaminhamento para o hospital do município?
8. Alguém da equipe da Saúde da Família acompanha os usuários no transporte ou para dar entrada no hospital?

Acesso ao serviço de Saúde no Município

1. Numa emergência como fazem o transporte para o município?
2. Quais os tipos de transporte utilizados para o caso de Emergência?
3. Há mudança no acesso à saúde com a seca e a cheia dos rios?
4. Quando chegam na sede, utilizam a ambulância?
5. Quanto tempo para chegar ao hospital?
6. Quando o transporte é feito por conta própria, quanto gastam com o transporte? Recebem o ressarcimento do município?
7. O que fazem quando não tem transporte dos serviços de saúde?
8. Quais os motivos que levam buscar a rede de saúde do município?
9. Como se identificam quando chegam ao serviço de saúde?
10. Como fazem quando precisam ser encaminhados para outro município ou para a capital?
11. Como é a acolhida no serviço? Tem algum suporte?

Questões Interculturais

1. Descrever a rede de cuidado na comunidade (rezadores, pegadores, parteiras, ervateiros);
 2. Utilização de plantas medicinais nas situações de saúde-doença;
 3. Acompanhamento de parteira ou curador no transporte sanitário para o hospital.
- Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

APÊNDICE B – PERGUNTAS DISPARADORAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual a sua percepção sobre saúde?
 2. Como se realiza o trabalho da equipe nas Unidades de Saúde?
 3. Como é organizado o processo de trabalho?
 4. Há diferença entre o período da seca e da cheia?
 5. Quais os principais desafios para o trabalho da equipe em relação à saúde nas áreas ribeirinhas?
 6. Como se dá a relação entre as equipes de Saúde Fluvial e Ribeirinha com o hospital no município?
 7. Como os pacientes chegam até o hospital do município?
 8. Quais os principais problemas no acolhimento dos usuários provenientes da área ribeirinha?
 9. Há um protocolo para regular o acesso dos usuários da área ribeirinha na RUE?
 10. Qual é o fluxo dos usuários para acessar os serviços de saúde do município?
 11. Que tipo de transporte os usuários da área ribeirinha utilizam para acessar os serviços de saúde do município?
 12. Qual a estrutura do município para realizar o transporte sanitário das comunidades ribeirinhas?
 13. Como se dá a comunicação para o transporte sanitário?
 14. Qual o tempo médio do percurso para acessar o hospital ou sede do município?
 15. Como os usuários são acompanhados no retorno para a residência?
 16. Como são encaminhados os pacientes para outro município ou para capital do Estado?
 17. Quais as estratégias seriam importantes de serem adotadas para melhorar a situação do acesso dos usuários da área ribeirinha?
- Alguma coisa que gostaria de falar que não foi mencionado nas questões anteriores?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

Vale destacar, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e que na existência de riscos seja de ordem emocional, psicológica ou moral, prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a resolução 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela restada para atender complicações e danos. E se comprovado que o participante da pesquisa sofreu qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa a instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, terá direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa, ou seja, os participantes estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.” (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Vale destacar, ainda que existem garantia de ressarcimento e o modo como deverá ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a

"transporte" e "alimentação", mas a tudo o que for necessário ao estudo (Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012). Para tanto, o principal benefício da pesquisa será contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde ribeirinha nos municípios do interior do Amazonas.

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

Consentimento Pós-Informação:

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

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante

Impressão datiloscópica



Júlio César Schweickardt (Pesquisador Responsável)

ANEXO I

Nº	CAPÍTULO CID-10	MOTIVOS REGISTRADOS NOS DISTRITOS	MOTIVOS REGISTRADOS NO HOSPITAL DE BARREIRINHA	MOTIVOS REGISTRADOS NO HOSPITAL DE PARINTINS
1	Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	Diarreia + Vômito; Verminose; Virose;	Sepse grave; Tuberculose; Hepatite viral.	Erisipela; Septicemia; Conjuntivite viral; Sífilis; Infecção amebiana.
2	Neoplasias (Tumores)		Câncer de próstata; Câncer de pulmão; Câncer de colo de útero; Suspeita de câncer de fígado.	Neoplasia peritoneal; Neoplasia de duodeno; Neoplasia do testículo.
3	Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários	Hemofilia; Anemia	Anemia severa; Anemia grave	Anemia
4	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	Desidratação; Diabetes; Hipoglicemia; Hiperglicemia.	Diabetes descompensada; Hipoglicemia; Desidratação	Diabetes descompensado; Diabetes.
5	Transtornos Mentais e Comportamentais	Crise de abstinência alcoólica.	Distúrbio psicótico;	
6	Doenças do Sistema Nervoso	Meningoencefalite; Epilepsia;	Meningite; Encefalopatia; TCE tardio; Epilepsia	Epilepsia; Neuropatia Sérica; Síndrome Guillain-Barré.
7	Doenças dos Olhos E Anexos	Infecção Ocular;	Glaucoma	
8	Doenças do Ouvido E Apófise Mastoide	Otite; Labirintite;	Surdez parcial.	
9	Doenças do Aparelho Circulatório	Pico Hipertensivo; Infarto; Angina; Taquicardia; Princípio De Infarto; HAS; AVC	ICC; Taquicardia; AVC; Cardiopatia; Isquemia; IAM; AVCH; HAS; AVE; Pico Hipertensivo; Arritmia cardíaca.	Insuficiência Cardíaca; IAM; HAS; Insuficiência Ventricular, AVE
10	Doenças do Aparelho Respiratório	Crise Asmática; Dispneia; Pneumonia; Dispneia Intensa; Tosse + Dispneia;	Pneumonia; Broncoespasmo; SARS; Bronquiolite; Broncopneumonia; Embolia; DPOC; Peritonite; Asma; IRA.	Pneumonia; Broncopneumonia; Edema pulmonar;
11	Doenças do Aparelho Digestivo	Diarreia; Apendicite; Colelitíase; Restauração Em Rc;	Apendicite; Pancreatite; Colelitíase; Gastrite; Enteroinfecção; Hemorragia digestiva baixa; Hematêmese; Fístula peritoneal	Colecistite; Abscesso Hepático; Apendicite; Hérnia; Abscesso de boca; Doenças do estômago.
12	Doenças da pele e do Tecido Subcutâneo	Infecção em mão; Úlcera com necrose; Dermatite; Ferimento Infeccionado.	Abscesso; Lesão por pressão; Dermatite	Ictiose; Celulite; Exérese de lipoma;

13	Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	Artrose; Lesão;	Hérnia de disco; Vasculite Reumatoide;	Osteoporose não especificada; Bursite;
14	Doenças do Aparelho Geniturinário	Hemorragia; Hénia Ingnal; ITU; Crise Renal; Anúria; Hérnia incisional; Litíase Renal.	Cisto no ovário; Insuficiência renal; mioma; Litíase renal; Hemorragia; Síndrome nefrótica; Mioma; Hidrocele; Menatúria; Anasarca; Nefrite.	Insuficiência Renal Aguda; Torção de testículo; Prostatite; Abscesso Uretral; Hidrocele; Hemorragia.
15	Gravidez, Parto e Puerpério	Gestante; Trabalho De Parto; Dor Pélvica Em Gestante; Eclampsia; Aborto; Suspeita De Aborto; Pós-Datismo	Trabalho de Parto; Eclampsia; Aborto; Oligodramnio; Desproporção Céfalo-pelvica; Pós-datismo; Sangramento; Trabalho de parto prematuro; Distócia.	Apresentação pélvica; Parto cefálico; Aborto; Infecção do trato genital; Cesariana.
16	Algumas Afecções Originadas No Período Perinatal	Taquicardia Rn; Prematuridade; Cianose; Icterícia	Prematuridade; Icterícia; Óbito fetal.	
17	Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas		Aspecto facial sindrômico	Fenda palatina; Luxação congênita de quadril.
18	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	Síncope; Dor generalizada; Convulsão; Febre; Dor epigástrica; Edema; Cefaleia; Dor na Coluna; Desorientada; Dor; Desmaio; Tremor	Abdome agudo; Comatoso; Febre; Cianose; Epistaxe; Convulsão;	Hematúria; Hemoptise; Abdome agudo.
19	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	Fratura; Trauma; Alergia; “Bebeu Baygon”; Queimadura; Luxação do cotovelo.	Necrose; Fratura de quadril; Fratura MSDE; Politrauma; Fratura exposta; Luxação; Gangrena em pé; Trauma abdominal; Ferimento infectado, Intoxicação por cocaína.	Intoxicação;
20	Causas externas de morbidade e de mortalidade	Acidente ofídico; Ferimento por arma branca; Ferimento por arma de fogo; Picada de cobra; Mordida de cachorro; Corpo estranho no nariz; Queda; Afogamento, acidente de bicicleta.	Acidente ofídico; Corpo estranho; Perfuração anal; Ferimento por Arma Branca.	Luxação do cotovelo; Fratura da Rótula; Corpo estranho na boca; Efeito tóxico da picada de escorpião.
21	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Realização de exames; Procedimento de sutura; Avaliação Ortopédica; Psicólogo.	Avaliação ortopedista; Avaliação neurologista.	Não identificado